

University of Groningen

De continuïteit van de zorg voor mensen met kankerr

Hammelburg, R.; Bender, W.; Otter, R.; Sanderman, R.

Published in:
Medisch Contact

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
1998

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Hammelburg, R., Bender, W., Otter, R., & Sanderman, R. (1998). De continuïteit van de zorg voor mensen met kankerr. *Medisch Contact*, 53, 935-937.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

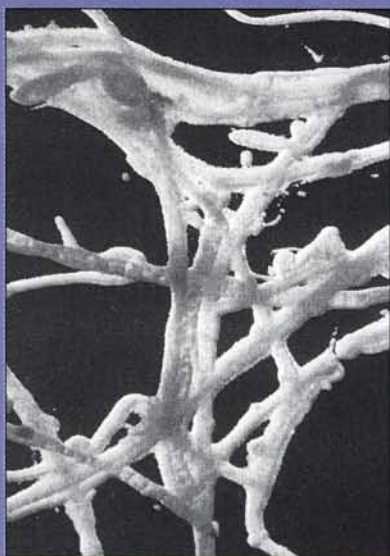
Medisch Contact

WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

RUBRIEKEN

- 912 MediSein
- 914 Brieven
- 917 Hoofredactioneel
- 918 Voorzitterscolumn
- 922 In de peiling
- 927 Veldwerk
- 933 Mij een zorg
- 938 Tropenarts in Zambia
- 942 Boeken
- 943 Artsen op het Internet
- 944 Arts en recht
- 948 Officieel
- 950 Agenda

Bij de voorplaat:
Gemanipuleerd beeld van een schimmel in een cervixuitstrijkje.
Foto: Leids Cytologisch en Pathologisch Laboratorium.



919 Het St. Elisabeth Hospitaal op Curaçao

Nederland als grote broer
Sabine Wildevuur

921 De KNMG nieuwe stijl komt er

Impressie 222ste Algemene Ledenvergadering
Ben V.M. Crul

923 Nieuwe inrichting sociale zekerheid

Claimbeoordeling onafhankelijk maar geïsoleerd?
H.A. van den Haak

926 De oorzaak van het lijden mag geen rol spelen bij de toelaatbaarheid van euthanasie

Henri Wijsbek

928 Lijkschouwer onnodig bij euthanasie

H.T.P. Cremers

929 De rol van de lijkschouwer bij de nieuwe euthanasieregeling

C. Das

930 Nieuwe ontwikkelingen in het medisch-oncologisch onderzoek

Oratie prof. dr. E.G.E. de Vries

934 Arbeidsgeneeskundig spreekuur Leeuwarden

Spijtzwam op meerdere fronten
R.J. Bosma en P.H. Dijksterhuis

935 De continuïteit van de zorg voor mensen met kanker

Huisartsen en specialisten bereiken consensus over verbetering.
Ruth Hammelburg, Wim Bender, Renée Otter en Robbert Sanderman

939 Wordt de huisarts ook poortwachter van de carevoorzieningen?

J.W. van Oven en B. Meyboom-de Jong

Dit is het eerste van vier 'dubbelnummers'. Medisch Contact verschijnt in de komende tijd nog drie maal tweewekelijks: op 24 juli (MC nr. 29/30); op 7 augustus (MC nr. 31/32) en op 21 augustus (MC nr. 33/34). MC nr. 35 komt uit op 28 augustus.

Over veertien dagen in Medisch Contact:

- Dokters onder stress
- Verpleeghuiszorg thuis
- Postoperatieve wondinfecties



Verzorgd door: Ilse Vlaming

AMSTERDAMSE HUISARTSEN NEMEN ELEKTRONISCH RECEPTENBOEK IN GEBRUIK


 De Amsterdamse huisartsen kunnen vanaf september gebruikmaken van een elektronisch formulier. Het receptenboek is ontwikkeld door huisartsen, apothekers en specialisten in nauwe samenwerking met de Amsterdamse zorgverzekeraar ZAO, die het project heeft gefinancierd. De LHV, het NHG en Zorgverzekeraars Nederland maakten een maand geleden ook bekend een landelijk elektronisch formulier in te willen voeren in elke huisartsenpraktijk. De opstellers van het Amsterdamse formulier verzekerden dat hun elektronische receptenboek daarin zal passen. Het programma geeft aan welk geneesmiddel het geschiktst is bij een bepaalde diagnose. In veel gevallen is dat een al langer bestaand geneesmiddel waarvan de kosten lager zijn dan van nieuwe medicijnen.

In tegenstelling tot de LHV, het NHG en Zorgverzekeraars Nederland, die denken met de invoering van het elektronisch formulier per jaar zo'n driehonderd miljoen gulden te kunnen besparen op de uitgave voor medicijnen, verwacht ZAO een geringe kostenbesparing. De besparing zou vooral het gevolg zijn van een betere samenwerking tussen artsen en apothekers. Het ZAO betwijfelt of de invoering van het elektronische receptenboek op de lange duur ook de kosten van geneesmiddelen zal terugdringen. 'Het aantal diabetespatiënten in Nederland is volgens deskundigen tweemaal zo groot als het aantal dat er nu voor behandeld wordt. Als al die patiënten straks ook medicijnen gaan slikken, gaan de kosten alsnog omhoog', aldus ZAO-medisch adviseur P. van Dijk in de Volkskrant van 2 juli. •




Cartoon: Wim Stevenhagen

VERBODEN MIDDELEN

 Ruim tweederde van de Nederlandse ziekenhuizen maakt volgens een onderzoek van de Groningse Keuringsdienst van Waren gebruik van verboden ontsmettingsmiddelen. De dienst nam 109 algemene ziekenhuizen onder de loep, dat is bijna negentig procent van het totaal. Dat niet-toegelaten middelen worden gebruikt, komt in een aantal gevallen door onwe-

tendheid, maar soms ook doordat deze middelen goedkoper zijn. Ook is er veel gebruikgemaakt van brouwsels van ziekenhuisapothekers zelf; dit is wettelijk verboden. In totaal constateerden de inspecteurs 384 overtredingen. Honderd ziekenhuizen kregen een waarschuwing, met het bindende advies binnen twee maanden maatregelen te treffen. (Bron: De Telegraaf, 2 juli 1998) •

MEER OOG VOOR DE MENS

 Chronische rugklachten leiden tot veel en langdurig ziekteverzuim en zijn de voornaamste oorzaak van arbeidsongeschiktheid. Hoewel inmiddels bekend is dat deze klachten niet of nauwelijks reageren op lichaams- en bewegingsgerichte behandeling zijn de bewegingsprogramma's die hierbij worden toegepast daar nog steeds op gericht. Volgens prof. dr. L.H.N. Göeken is een groot deel van lichamelijke klachten het gevolg van omgevingsfactoren, zoals de sfeer thuis of op het werk. In zijn oratie van 16 juni stelt hij dat daar binnen de revalidatie te weinig rekening mee wordt gehouden. Hier-

door is de effectiviteit van de behandeling vaak gering, duurt een behandeling onnodig lang en verdwijnen de klachten niet. Behandelaars moeten binnen de revalidatie meer oog krijgen voor de mens en minder voor het menselijk lichaam.

Volgens Göeken zijn er de laatste tijd steeds meer aanwijzingen dat omgevingsfactoren als onvrede over de werksituatie de oorzaak zijn van lichamelijke klachten. In de praktijk betekent dit dat behandelaars voor het stellen van een goede diagnose zowel de fysieke als de sociale en de mentale aspecten moeten onderzoeken. Göeken denkt dat dit kan

ZWANGERENZORG MOET DOELMATIGER

 De routineonderzoeken die de laatste jaren bij een zwangere vrouw gebruikelijk zijn, dragen volgens gynaecoloog Martijn Heringa maar in geringe mate bij aan de vermindering van ziekte, handicap en sterfte van moeder en kind. Veel routineonderzoek is niet doeltreffend, ondoelmatig en soms zelfs schadelijk vanwege de spanningen die een onderzoek met zich meebrengt, schrijft Heringa in zijn proefschrift waarop hij 1 juli promoveerde aan de Rijksuniversiteit Groningen. Heringa concludeert dat het de hoogste tijd is de prenatale zorg op een andere manier in te richten.

Gedurende ruim tien jaar is in het Academisch Ziekenhuis Groningen een gangbaar routineprotocol voor de zwangerschapscontrole met een computersysteem uitgevoerd en vastgelegd. De analyse van de routineonderzoeken tijdens 7.000 zwangerschappen bevestigt het vermoeden dat de opbrengst gering is en in geen verhouding staat tot de daarvoor verrichte inspanning. Een voorbeeld hiervan is het bloedonderzoek naar een eventuele besmetting met toxoplasmose. Na het testen van 7.000 zwangere vrouwen werd bij circa honderd vrouwen een toxoplasmoseinfectie gevreesd, waarop zij een aanvullend onderzoek moesten ondergaan. Uiteindelijk werd bij één vrouw daadwerkelijk een toxoplasmoseinfectie vastgesteld. Voor behandeling was het toen echter te laat: het kind was inmiddels geboren. Voor de meeste artsen en verloskundigen komen deze resultaten niet uit de

lucht vallen. Volgens Heringa zijn artsen en verloskundigen vooral voorzichtig. 'Wanneer blijkt dat in een individueel geval een complicatie kan worden voorkomen, neemt de arts bij iedereen maar het zekere voor het onzekere. Het nalaten van mogelijk zinvol onderzoek wordt de arts of verloskundige immers veelal zwaarder aangerekend dan het verrichten van vermoedelijk overbodige testen en controles.'


Heringa hoopt dat zijn onderzoek aanleiding is om het protocol rond de zwangerschapscontroles grondig te herzien. Als het aan de gynaecoloog ligt staat bij deze nieuwe manier van prenatale zorg de individuele gezondheidswinst van moeder en kind centraal. Het programma kan en moet volgens Heringa worden aangepast aan de individuele situatie en elk element van zorg moet een duidelijk en haalbaar doel dienen. Volgens de promovendus kan het aantal bezoeken, dat nu rond de twaalf ligt, met de helft worden teruggebracht. Het aantal tests kan met een derde worden verminderd, nu zijn dat er gemiddeld elf.

Daar komt bij dat de vrouw in de toekomst wel goed moet weten bij welke klachten en symptomen zij een arts moet raadplegen. •



Foto: Loek Zuyderduin

NVJG RICHT ACCREDITATIECOMMISSIE OP

 In navolging van de huisartsen- en specialistenverenigingen heeft de Nederlandse Vereniging voor Jeugd Gezondheidszorg (NVJG) vorige week een accreditatiecommissie ingesteld. Het doel van de commissie is de kwaliteit van na- en bijscholing op het gebied van de jeugdgezondheidszorg te bevorderen, te waarborgen en te toetsen. In de accreditatiecommissie zitten een onderwijskundige van de faculteit der Medische Wetenschappen aan de Rijksuniversiteit Groningen, de heer W. Bender, en drie jeugdartsen: J. Vernooij-Elshove, H. Gijsman-Kruidenier en J. Wassenaar. Onder jeugdartsen en andere beroepsbeoefenaren in de jeugdgezondheidszorg bestaat een duidelijke behoefte aan accreditatie van bijscholingscursussen. Nog voordat de accreditatiecommissie werd ingesteld, waren er verzoeken voor accreditatie binnengekomen. Nu is het nog gebruikelijk dat een jeugdarts voor accreditatie naar de Nederlandse Vereniging voor Kindergeriatrie (NVK) of de LHV gaat. Een accreditatieformulier kan worden aan-

gevraagd bij de NVJG: tel. 030 - 601 43 46, fax 030 - 605 15 58. De NVJG vraagt voor een accreditatie van activiteiten met minder dan 25 personen een bedrag van 25 gulden, met meer dan 25 personen is dat honderd gulden. In de toekomst zullen die bijdragen waarschijnlijk hoger worden. •

AANDACHT VOOR INCONTINENTIE

 Huisartsen en specialisten in Nederland hebben onvoldoende kennis van incontinentieproblemen. In de opleiding tot huisarts moet hier meer aandacht worden besteed. Bovendien zijn er zeker vijftig gespecialiseerde chirurgen nodig voor ingrepen aan het einde van de endeldarm. Aldus dr. C. Baeten, hoogleraar Colorectale Chirurgie van de Universiteit van Maastricht. Op dit moment hebben hooguit een tiental chirurgen in Nederland zich op het specialisme toegelegd. Daarmee loopt ons land volgens Baeten achter op de rest van de westerse wereld. (Utrechts Nieuwsblad, 27 juni 1998) •

door naast het vaststellen van de lichamelijke belastbaarheid van een patiënt ook te onderzoeken in welke mate een patiënt geestelijk een belasting aankan. Op basis van deze uitkomsten kan een gericht behandelingsprogramma worden gekozen. Göeken acht het noodzakelijk dat de opleiding van de verschillende bewegings- en houdingstherapeuten en artsen op basis van deze nieuwe inzichten wordt aangepast. Daarnaast moet de organisatie van de gezondheidszorg veranderen: revalidatieartsen en Arboartsen moeten beter gaan samenwerken en voor die samenwerking standaarden ontwikkelen. •

MC

WEEKBLAD VAN DE KNMG

TEL. 030 - 2823911

Redactie

B.V.M. Crul, huisarts, *hoofredacteur*
 R.A. te Velde, *eindredacteur*
 mw. drs. W.G. Juffermans, *redacteur*
 mw. C.R. van der Sluijs, *redacteur*
 R.J.H. Crommentuyn, *journalist*
 drs. R.N. Otten, *journalist*
 mw. E.G.J.M. Vlaming, *journalist*
 mw. drs. S.E. Wildevuur, *journalist*
 mw. C.M. Schouten, *secretaresse*
 mw. M.M. Stolp, *redactieassistent*

Redactieadres Postadres
 Lomanlaan 103 Postbus 20052
 Utrecht 3502 LB Utrecht
 Tel. redactie 030-2823384
 e-mail: redactie@mc.knmg.nl

Raad van Advies Medisch Contact

dr. C.J. Jonkman, *voorzitter*
 J.F.M. Bergen, *vice-voorzitter*
 dr. R.J.E.A. Höppener, *secretaris*
 J.H.A.M. van den Bergh, *penningmeester*
 mw. dr. C. Vermeulen-Meiners
Secretariaat
 Postbus 690
 2900 AR Capelle a/d IJssel
Adviseurs namens het
hoofdbestuur der KNMG:
 mw. U. Roschar-Pel
 mr. W.P. Rijkse

Ontwerp & prepress:

DTP-studio Diap v.o.f., Dieren

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG zijn de kosten voor een abonnement f 219,50 (inclusief BTW); België Bfr. 4057,- (incl. BTW); buitenland f 357,- (incl. verzendtoeslag); studenten-niet-KNMG-leden f 86,50; losse nummers: f 14,-.

Abonnementen & Ledenservice

Elsevier bedrijfsinformatie bv
 Planetenbaan 1, Postbus 1110
 3600 BC Maarssen
 telefoon: 0346-577238
 fax: 0346-577370
 mw. A. van de Meent

Advertenties

- Elsevier bedrijfsinformatie bv
 Planetenbaan 1, Postbus 1110
 3600 BC Maarssen
 telefoon: 0346-577250
 fax: 0346-577372
 advertenties: C. Nieuwlands
 - Verkoopnabewerking: mw. S. van Vossen
 telefoon: 0346-577245
 fax: 0346-577372
 Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen geweigerd worden.

Druk

Tijl Offset, Zwolle

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. De besturen van de KNMG en de beroepsverenigingen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk.
 Medisch Contact wordt door Elsevier bedrijfsinformatie bv in licentie uitgegeven voor de KNMG.
 © 1998, KNMG



Lid Groep Vaktijdschriften van het
 Nederlands Uitgeversverbond
 ISSN 0025-8245

BRIEVEN

Plaatsing van een bijdrage in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de erin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Probeer de omvang van uw ingezonden brief te beperken tot 300 woorden. Als het even kan: aanleveren op diskette of per e-mail

Begrip en begrip

OP ZATERDAG 13 juni verscheen in De Telegraaf een paginagroot verhaal over een gezin dat net een kind had verloren, waarop de vader de huisarts te lijf was gegaan: hij meende dat deze verantwoordelijk was voor het drama en verweet hem nalatig handelen. Voor alle betrokkenen is er sprake van een drama: voor de familie van het overleden kind, maar zeker ook voor de huisarts en zijn familie. Er is een conflict ontstaan met alleen maar verliezers.
 Over de gang van zaken die aan het overlijden van het kind voorafging, kan en wil ik niet oordelen. Dat moeten anderen doen. Desgevraagd reagerend op wat daarna is gebeurd, heb ik in het gesprek met de journalist (dat hij overigens goed heeft weergegeven) het woord 'begrip' gebruikt, daarmee bedoelend dat ik mij het verloop van de situatie kon voorstellen; iemand die een dramatisch groot verlies moet verwerken, heeft zijn onmacht, verdriet en boosheid omgezet in agressie, in dit geval tegen de huisarts.
 Sommigen hebben mijn 'begrip' helaas opgevat als vorm van goedkeuring en de LHV hierop - terecht! - aangesproken. Van aanvaarding of goedkeuring kan natuurlijk geen sprake zijn. Het spelen van eigen rechter is nooit te rechtvaardigen, wat er ook is gebeurd. Geweld lost niets op. Lichamelijk of geestelijk letsel toebrengen is afkeurenswaardig; daar heb ik in die zin géén begrip voor. •

Utrecht, juni

Paul Wouters,

woordvoerder LHV

De veroveraar van Constantinopel

MET GROTE belangstelling heb ik Medisch Contact nummer 25/1998 gelezen, dat over de allochtonen handelt.

Over het algemeen ben ik positief over de artikelen in dit nummer. Toch wil ik een aantal opmerkingen maken *zonder* de problematiek van de buitenlanders aan te stippen.

Op blz. 844 wordt verteld hoe in de jaren zestig gastarbeiders in Marokko en in Turkije werden geworven. De situatie die hier wordt beschreven, is die van Marokko, niet die van Turkije. Verder worden de Turkse migranten tot de Europese groep gerekend (blz. 845), wat geografisch gezien niet klopt. Op blz. 871 staat dat Turkije een derdewereldland is; is dit werkelijk zo?

Vervolgens wil ik melden dat een aantal geschiedkundige zaken door elkaar zijn gehaald (blz. 845). Sultan Mehmet de *Tweede* (1430-1481) is namelijk de veroveraar van Constantinopel (29 mei 1453) en sultan Mehmet de *Zesde* (1861-1929) is de laatste Osmaanse sultan, die in 1922 naar Malta vluchtte. Verder behoort Atatürk (1881-1938) niet tot de Jong-Turken. Dezen hadden namelijk de macht in het Osmaanse Rijk van 1908 tot en met 1918. Atatürk werd daarna de grote leider van de 'Bevrijdingsoorlog' (1919-1922) tegen onder anderen de Grieken. Op 29 oktober 1923 werd door hem de republiek Turkije uitgeroepen. Zonder in te gaan op getallen, wil ik nog opmerken dat in Turkije ook andere volkeren leven, bijvoorbeeld Bulgaren, en andere talen worden gesproken dan die op blz. 545 vermeld staan. Waarom wordt er verder op blz. 857 gesproken van 'Turkse mensen' en niet gewoon van Turken? Tenslotte vraag ik mij af of de naam 'Çefika Karadacut' op blz. 865 wel goed gespeld is. Volgens mij moet dit 'Sefika Karadacut' zijn met een verticaal streepje onder de 'S'.

Eindhoven, juni 1998

M. Kückaycan, arts

Het arbeidsgeneeskundig spreekuur

EEN REACTIE op het artikel van de initiatiefnemers van het arbeidsgeneeskundig diagnostische spreekuur in Leeuwarden (MC nr. 19/1998, blz. 650) wil ik als huisarts graag geven.
 Dat arbeid naast een bron van vreugde ook een bron van ziekte kan zijn, is reden genoeg om aan werk en werkomstandigheden van de patiënt aandacht te schenken. Wie dat, zeker als huisarts, doet, komt al snel zijn grenzen tegen: wat weet je van lassen, stratenmaken, inpakken, kippenslachten, etc. af? Dat neemt niet

weg, dat een zorgvuldige anamnese je vaak wel de weg wijst naar de conclusie: arbeidsgerelateerde klacht.

In het geval van klachten van het bewegingsapparaat, waar het Leeuwardense experiment over gaat, kan een goed arbeidsgeneeskundig advies nuttig zijn, evenals een multidisciplinaire behandeling. Dat laatste vooral, omdat het in de praktijk vaak veel problemen oplevert, om de werkplek/omstandigheden aan te passen. Ik noem maar een voorbeeld: een vorkheftruckchauffeur die over een ongelijk terrein iedere dag heen en weer moet rijden, krijgt rugklachten. De oplossing is, behalve een verende stoel, het egaliseren van de door hem bereden weg, gelegen op het fabrieksterrein. Daar heb ik geen MRI voor nodig. Toch gebeurt het niet, een kwestie van geld en zeggenschap. Toch klopt dat niet. Wat ligt er meer voor de hand dan de aanpak van werkomstandigheden waardoor de klachten zijn ontstaan of instandgehouden worden? Dáárin moeten werkgevers investeren, eerder dan in een diagnostisch centrum. Een snellere terugkeer van de werknemer in het arbeidsproces (waar ik op zich uiteraard voorstander van ben) zou de aandacht voor optimale arbeidsomstandigheden zelfs kunnen verminderen. Bovendien zou ik zeggen: schoenmaker, hou je bij je leest.

Werkgevers moeten zich dus vooral bezighouden met het optimaliseren van de arbo. En de ontwikkeling van de arbeidsgeneeskunde moet integraal onderdeel uitmaken van de geneeskunde. •

Oss, juni 1998

A. de Bres-de Langen, huisarts en lid van het comité Zorg voor Iedereen

VWS en orgaandonatie

DE ONVOLLEDIGHEID van de door het ministerie gegeven informatie bij de presentatie van orgaandonatie knaagt aan mij. Iets aan de campagne klopt niet en roept vragen op.

Naar mijn mening, een mening die ik deel met vele anderen, bestaat het leven uit geest en ziel, gezeteld op deze aarde in een stoffelijk lichaam. Dit stoffelijk lichaam is omgeven door een aurisch wezen: astraal, etherisch en mentaal lichaam. Het is duidelijk dat, gedacht vanuit deze beginselen, het stoffelijk lichaam niet meer kan zijn dan een voertuig. Een voertuig dat ons in staat stelt onze lessen te leren gaand over het pad van het leven. Het

doel moet dan zijn tijdens de levens die wij leven terug te keren in de schoot van het grote Zijn, oftewel God.

Uitgaande van het hierboven kort geschetste levensprincipe valt er rond de promotie om meer organen ter beschikking te krijgen aan vele kanten nog wat op te merken, zo u wilt aan te vullen of af te dingen.

Vooropgesteld blijft het afstaan van een orgaan aan de medemens een humane daad. Maar humaniteit alleen correleert niet met de beschouwing zoals deze hierboven geschetst is.

Ten eerste is de stelling arbitrair dat de dood intreedt, indien er geen elektrische impuls van de hersenen is af te leiden. Zelfs op het pure lichaamsniveau, stoffelijk, is dit niet waar. Het lichaam is immers nog in leven. Biochemische processen vinden volop plaats. Het is maar de vraag of het astrale, etherische en mentale lichaam zich losmaakt van de stof, indien cerebraal geen elektrische impulsen meer zijn af te leiden. Voor het gehele menselijke wezen in al zijn hoedanigheden geldt dus dat de definitie van hersendood zoals gehanteerd bij orgaandonatie twijfelachtig is. Bij het hanteren van dit uitgangspunt kan naar mijn mening schade worden gedaan aan de mens die sterft.

Een tweede punt is de reden waarom mensen orgaandonaties willen. Ik laat hier buiten beschouwing donatie van 'kleinere' organen, zoals een nier, huid en cornea. Veelal zijn dit organen die niet noodzakelijkerwijs pas hoeven te worden weggehaald bij het 'intreden' van de dood van de donor. Ik heb het hier over majeure organen, zoals lever, hart en longen. In hoeverre wordt de ontvanger gemotiveerd deze organen te krijgen om het eigen sterven, de dood te ontlopen? Speelt hier naast de drang om te leven ook ontkenning van eindigheid een rol? Een onontkoombaar feit in het leven vormt het sterven. Door het oproepen van mogelijkheden om majeure organen te ontvangen houdt men mensen ervan af het belangrijke proces van sterven te beleven, een traject te gaan waar men omringd door partner, kinderen en naasten waardig kan sterven. Een derde en laatste punt over orgaandonatie vormt de betekenis ervan voor de naasten, de nabestaanden. Als in positieve zin over orgaandonatie bij een stervende mens is besloten, ontstaat een moment dat de naasten afscheid willen nemen van een voor hen dierbaar mens die nog in leven is. Zowel de stervende mens als de nabestaanden worden bij orgaandonatie in een proces gestoord waarin beiden met elkaar door de energie van het stervensproces gaan. Vanuit het werk van de hospice-beweging in Neder-

land, alsmede vanuit de ervaring van de Stichting Merkawah over de 'bijna-dood-ervaring' is bekend dat er bij intreden van de lichamelijke dood (de definitie laat ik hier buiten beschouwing) nog een heel traject volgt waarbij wordt ervaren dat de ziel van de mens nog aanwezig is. Als nabestaande is men dan in staat een eindweegs mee te gaan met de overleden dierbare. Het sterven op deze manier vormt een waardige afronding voor de overleden mens en voor de nabestaanden.

De drie hierboven gemelde punten zijn voorbeelden van zaken die bij het mediageweld over orgaandonatie nauwelijks aan de orde zijn gesteld. Ieder mens dient in eigen autoriteit ervoor te kiezen zijn organen na zijn sterven ter beschikking te stellen. Deze mens dient dan wel het recht te hebben te kunnen kiezen vanuit een pluriforme voorlichting waar meer aspecten van het leven en het sterven de revue zijn gepasseerd dan nu is geboden door de overheid. Zo niet, dan zijn belanghebbenden van orgaandonatie misleidend bezig. •

Haarlem, juni 1998

dr. Bart van der Lugt,
gynaecoloog Kennemer Gasthuis,
voorzitter Dr. Elisabeth Kübler Ross
Stichting, voorzitter Hospice Groep
Haarlem, lid Forum Gezondheidszorg te
Rotterdam

Een nieuwe benadering van lymfoedeem

WIJ WILLEN graag reageren op het artikel 'Een nieuwe multidisciplinaire benadering van lymfoedeem' (MC nr. 16/1998, blz. 546).

Op de eerste plaats willen wij onze complimenten uitspreken over de initiatieven te Drachten. Sedert 1986 zijn er landelijk drie consultatieve praktijken voor lymfoedeem: het Atrium Medisch centrum te Kerkrade, en een tweetal zelfstandige behandelcentra: het Interacademisch Instituut voor Lymphologie (IVL) te Capelle aan den IJssel en Maastricht. De praktijken functioneren inmiddels voornamelijk als second opinion-instituut. Veelal niet-operatief 'uitbehandelde' patiënten worden door ons multidisciplinair (microchirurg, dermatoloog, algemeen arts, bandagist en indien gewenst plastisch chirurg) gezien. Slechts na uitvoerige screening door middel van lymfoscintigrafie en zo nodig duplexonderzoek en/of CT-scan wordt

een behandelprotocol opgesteld per patiënt. Onze werkwijze richt zich aldus in eerste instantie op broodnodige diagnostiek. Wij denken dat er zonder deze diagnostiek te veel zinloze therapie wordt bedreven onder het motto 'Conservatieve behandeling is altijd succesvol.' Dit is slechts ten dele waar; meer dan 30% van de aan ons aangeboden patiënten vertonen op de lymfoscintigrafie een totaal occlusief beeld; volgens het recente ISL-congres te Madrid is dit een absolute indicatie voor lymfoveneuze chirurgie. Het opsporen van 'verse' lymfoedemen door Damstra c.s. lijkt ons een goede zaak, maar dan wel met goede diagnostiek. De basis van de behandeling is een lymfoscintigrafie, een diagnosticum met een uitstekende reproduceerbaarheid en betrouwbaarheid wat betreft de fysiologie en anatomie van het lymfvaatstelsel. Zonder deze diagnostiek bestaat het gevaar dat patiënten met totaal obstructieve lymfoedemen onnodig lang worden behandeld met manuele lymfedrainage en kousverstrekking, terwijl lymfoveneuze chirurgie geïndiceerd is. Op deze manier denken wij dat de kostenbesparing ver te zoeken is. Een aantal van twee lymfoveneuze reconstructies (waar zijn deze uitgevoerd?) volgens de resultaten van Damstra c.s. is uiterst laag en doet ons vermoeden dat het diagnostisch protocol onvoldoende is.

We wensen collega Damstra c.s. veel succes toe en hopen enige suggestie te hebben gegeven voor verbetering.

Kerkrade, mei 1998
J.M.A.J. Vernaas, arts
dr. L. Nieuborg, chirurg
Atrium Medisch centrum Kerkrade,
IVL-klinieken Capelle aan den IJssel/
Maastricht

Literatuur

- Cruchten LHH van, Nieuborg L. Diagnostiek en behandeling van lymfoedeem. Ned Tijdschr Geneesk 1995; 139 (13): 653-7.
- The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema, consensus of the ISL. Lymphology 1995; 28: 113-7.
- 16th International congress of lymphology, Abstract booklet (1997, Madrid) Section Basic Lymphology/ Clinical Lymphology.

Naschrift

Wij zijn de collegae Vernaas en Nieuborg erkentelijk voor hun commentaar, daar dit de gelegenheid geeft de werkwijze en inzichten van de Lymfoedeem Werkgroep Drachten (LWD) nader toe te lichten. In tegenstelling tot de behandelcentra die beide collegae vermelden en die zich exclusief richten op het toepassen van chirurgische therapie bij lymfoedeem, richt de LWD zich op een integrale diagnostiek

en behandeling. Dit omvat alle conservatieve therapie modaliteiten (ML-therapie, fysiotherapie, pressotherapie, zelfstandig aanmeten van therapeutisch elastische kousen, advisering en hulp bij aanschaf borstprothesen en bh's en zelfs diëtaire en psychosociale ondersteuning) en mogelijkheden voor lymfoveneuze shunts en liposuctie op strikte indicatie.

Uit onze ervaringen blijkt dat ten minste 90-95 procent van de patiënten met lymfoedeem prima kan worden behandeld met een 'conservatief behandelplan'. Helaas merken wij regelmatig dat patiënten veel gefragmenteerde en deels insufficiënte therapieën hebben gehad zonder onderlinge afstemming en follow-up, waardoor ten onrechte het predikaat 'therapieresistent' wordt gebruikt.

Ten aanzien van de diagnostiek het volgende: De LWD staat op het standpunt dat het routinematig uitvoeren van lymfoscintigrafisch onderzoek bij alle patiënten met lymfoedeem niet zinvol is.

In de eerste plaats ondersteunt de ervaring uit de praktijk, zowel bij de werkgroep als elders, dit. De meerderheid (> 90%) van de patiënten reageert goed op conservatieve therapie, waardoor er overbodig onderzoek zou plaatsvinden en de patiënt onnodige stralenbelasting zou oplopen.

Ten tweede moet de waarde van lymfoscintigrafie niet worden overschat. Op dit moment is ons uit de literatuur niet bekend dat ooit is aangetoond wat de positief voorspellende waarde is van een scintigrafisch aangetoonde totale stop op de kans van het niet-slagen van conservatieve lymfoedeemtherapie. Het omgekeerde is wel vaak het geval: bij niet vorderende, optimale conservatieve therapie is er vaak sprake van een totale stop. Om deze reden vormt voor de werkgroep een niet-vorderend behandelresultaat bij maximaal uitgevoerde conservatieve therapie na acht tot twaalf weken de indicatie voor aanvullende diagnostiek (met name de kwantitatieve lymfoscintigrafie) om de mogelijkheid van lymfchirurgie te onderzoeken. Tevens gebruiken wij deze methode bij beoordeling van de resultaten van lymfoveneuze chirurgie.

Ten derde: de loftuitingen met betrekking tot de lymfscintigrafie als 'een diagnosticum met uitstekende reproduceerbaarheid en betrouwbaarheid wat betreft de fysiologie en anatomie van het lymfvaatstelsel' zijn betrekkelijk en gesimplificeerd. Om te beginnen bestaan er vele uitvoeringen van de scintigrafie waarbij parameters als hoeveelheid van het radiofarmacon, latentietijd tussen injectie en meting, plaats van injectie (sub- of intracutaan), cut-off-waarde tussen normaal en abnormaal, en

de aard van de spieroefeningen in de latentietijd niet zijn gestandaardiseerd tussen de verschillende nucleaire instituten. Onderzoek binnen diverse centra is daarom ook niet zonder meer onderling vergelijkbaar. Voorts bestaan er diverse types scintigrafisch onderzoek (kwalitatief, semi-kwantitatief, bepaling van transport-index in een arm en met bepaling van de leverclearance), welke alle hun beperkingen, indicaties en validiteit kennen.

Uit het voorgaande mag blijken dat wij niet de mening delen dat lymfscintigrafie tot de broodnodige diagnostiek van lymfoedeem in het algemeen hoort en dat men zich bewust moet zijn van de beperkingen van de methode, zeker in relatie tot de voorspellende waarde voor de verwachten resultaten van een behandelingsplan.

Lymfoscintigrafie vormt een goed diagnosticum, indien het op goede indicatie en gronden wordt toegepast, waardoor het een waardevolle plaats kan hebben in de lymfologie. De observatie dat er bij meer dan 30 procent van alle aangeboden patiënten bij Vernaas en Nieuborg sprake is van een totale stop bij scintigrafie, zegt niets over de samenstelling van een lymfoedeempopulatie elders, laat staan dat er op grond van het aantal geopereerde patiënten een uitspraak kan worden gedaan over een diagnostisch protocol. •

Drachten, juni 1998
R.J. Damstra
H.G.J.M. Voesten
L.J. de Groot
H.C.J. van der Mijle

Literatuur

- Ketterings C, Zeddeman S. Use of the C-scan in evaluation of peripheral lymphedema. Lymphology 1997; 30: 49-62.
- Kleinhans E, Baumeister RGH, Hahn D, et al. Evaluation of transport kinetics in lymphoscintigraphy: follow-up study in patients with transplanted lymphatic vessels. Eur J Nucl Med 1985; 10: 349-52.
- Weissleder H, Weissleder R. Lymphedema: evaluation of qualitative and quantitative lymphoscintigraphy in 238 patients. Radiology 1988; 167: 729-35.

Slavernij weg in 2000?

MOET HET financieringstekort nu terug van 1,2% naar 1% of misschien naar nog minder? Terwijl Paars 2 nog ruziet over dit enorme dilemma, vraagt men zich aan de andere kant van onze wereldbol verbaasd af of de dame en heren informateurs zich misschien in de komma hebben vergist. In Guyana namelijk wordt van elke verdiende dollar maar liefst 45 cent overgemaakt naar banken en andere geldschietters uit onze welvarender contreien.¹ In 1988 was dit land namelijk technisch gezien bankroet en werd het zoals zoveel andere ontwikkelingslanden onder curatele geplaatst van het Internationale Monetair Fonds (IMF). Door een afgedwongen uitverkoop van staatseigendommen, het toestaan van de winning en export van zijn natuurlijke rijkdommen als goud, hout en bauxiet (het meeste bos is inmiddels in buitenlandse handen) én een verpletterende bezuiniging op het onderwijs, de gezondheidszorg en de sociale zorg, heeft het Zuid-Amerikaanse land zijn schulden teruggebracht tot 2.000 dollar per inwoner. De schuldenlast zal echter zeker nog een generatie voortduren. Volgens optimisten natuurlijk, want het gemiddeld jaarinkomen bedraagt 590 dollar. Meer dan de helft van de schuld is inmiddels opgebouwde rente. Alhoewel Guyana in de ogen van westerse geldschietters behoort tot de voorbeeldigste jongetjes van de klas, gezien de gestage maar voortdurende daling van zijn schuldenlast, merkt de man of vrouw op straat daar minder van. Die ziet dat er nog maar 250 artsen voor 700.000 inwoners over zijn en dat de verpleegkundigen de benen nemen naar de iets welvarender Caraïbische eilanden. In het Midden-Amerikaanse Nicaragua vloeit 60% van de ontwikkelingshulp weer terug naar het Westen in de vorm van, u raadt het al: rente en aflossing. Op een ander continent betaalt Uganda jaarlijks 15 dollar per inwoner aan rente en aflossing tegenover 2 dollar aan

gezondheidszorg. Aan de Zaïrese president Mubutu zijn indertijd miljoenen dollars geleend, niet geheel zonder Westers opportunisme. Het volk van Zaïre zal tot in het oneindige Mobutu's schulden met rente moeten afbetalen. Hoe? Door het, zoals in Guyana, onder strikte voorwaarden accepteren van nieuwe leningen - voorwaarden die door geen enkel Westers land zouden zijn aanvaard.² Men werd een slaaf in eigen land. Het bizarre resultaat is dat Afrika op dit moment een schuldenlast aan de rijke landen heeft die drie keer hoger is dan het oorspronkelijk geleende bedrag. Dweilen met de kraan open dus. De gevolgen voor de volksgezondheid in deze landen zijn desastreus. Volgens Unicef daalden eind jaren '80 de uitgaven aan gezondheidszorg in de 37 armste landen van Afrika met gemiddeld 50 procent. Hoge eigen bijdragen zorgen voor

Ben V.M. Crul

een toenemende groep onbehandelden, hetgeen bij infectieziekten een tropisch sneeuwbal effect geeft. Waarom vertel ik dit allemaal? Artsen hebben de Nobelprijs voor de vrede gewonnen met hun internationale campagne tegen kernwapens. Met dezelfde professionele energie zouden zij zich ervoor kunnen inzetten de schade te bestrijden die wordt berokkend aan mensen doordat zij in een uitzichtloze situatie van armoede worden geplaatst. Hoe? Door het massaal ondersteunen van de internationale *Jubilee 2000*-campagne. Het doel van deze campagne is, in het jaar 2000 de onbetaalbare, 'molensteen om de nek'-schulden die de allerarmste ontwikkelingslanden hebben bij banken, overheden en multilaterale instellingen als het Internationale Monetair Fonds, de Wereldbank en regionale ontwikkelingsbanken, onder reële voorwaarden eenmalig kwijt te schelden. Deze na kwijtschelding vrijgekomen fondsen moeten worden ingezet voor investeringen in de sociale ontwikkeling,

waaronder de gezondheidszorg. Het zou in het jaar 2000 een nieuwe start betekenen voor de wereld, en dan ook voor iedereen. De term 'Jubilee' komt uit het Oude Testament: eens in de vijftig jaar moesten alle schulden worden vrijgescholden en alle slaven bevrijd. Jubilee 2000 wil deze gewoonte weer herstellen. Inmiddels heeft een flinke groep prominente Nederlandse artsen zich achter deze actie geschaard. Internationaal zijn er al miljoenen handtekeningen verzameld. Onze Britse zustervereniging BMA heeft Jubilee 2000 letterlijk al onderschreven door zich per brief tot premier Tony Blair te richten. Van de KNMG is een soortgelijk steunend standpunt gevraagd, dat ongetwijfeld spoedig zal volgen. In de maand oktober zal Wemos, de Nederlandse stichting die zich inzet voor een verbetering van het beleid voor gezondheidszorg in ontwikkelingslanden, zich tot u allen richten. U wordt dan verzocht uw handtekening te plaatsen onder een petitie tot kwijtschelding van de schuldenlast van de armste ontwikkelingslanden, zodat deze weer kunnen investeren in hun gezondheidszorg. Gezien het grote aantal Nederlanders dat onze wachtkamers dagelijks bevolkt, is het natuurlijk een koud kunstje om hen tijdens dat wachten te vragen eveneens een handtekening te zetten. Zij kunnen nog wachten, al is het vaak te lang, op zorg. In veel ontwikkelingslanden kan men zich die moeite besparen. In een land waar Fortis en ABN-AMRO blijkbaar miljarden overhebben om een Belgische bank over te nemen, moet er financiële ruimte zijn om de gevraagde kwijtschelding te realiseren. Nu de wil nog. Daar zouden artsen in meerdere opzichten bij kunnen helpen. •

Referenties

1. John Vidal, 'Slaves of our land' - a tale of two Sams. The Guardian 15 juni 1998.
2. Joost van de Meer en Gilles de Wildt. 'Snelle aanpak' schulden strandt in G8. Trouw, Podium, 22 mei 1998.

Sociale geneeskunde: met het oog op de toekomst

IN DEZE COLUMN wil ik ingaan op de betekenis van de LVSG, of liever nog op de betekenis van een krachtige organisatie die het sociaal-geneeskundig gedachtegoed kan uitdragen. Ik wil dat doen vanuit de problematiek die door de sociale geneeskunde dichter bij een oplossing kan worden gebracht. Hoewel, mondiaal gezien, de gezondheid van de bevolking in Nederland uitstekend is, lijkt er een stagnatie in de ontwikkeling op te treden. Toename van de gemiddelde levensverwachting betekent helaas een toename van het aantal ongezonde levensjaren en minder gezonde levensjaren. Morbiditeitscompressie treedt onvoldoende op.

Is er formeel een gelijke kans op het verkrijgen van goede gezondheidszorg, van gelijke kansen op gezondheid is feitelijk nog steeds geen sprake. Grote gezondheidsverschillen, resulterend in grote verschillen in levensverwachting tussen de hoge en de lage sociaal-economische klassen in onze samenleving, zijn schrijnend zichtbaar.

Als we stellen dat de curatieve gezondheidszorg voor iedereen in gelijke mate beschikbaar is, dan zijn andere determinanten voor de gezondheid kennelijk doorslaggevend. Winst in levensverwachting en vooral in gezonde levensverwachting zal veel meer moeten komen uit gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en preventie dan uit de behandeling van ziekten. Dan zijn andere beleidsterreinen aan de orde.

Voor het lokale niveau werkt het onlangs door de minister ingestelde Platform Openbare Gezondheidszorg (Lemstra) deze gedachte verder uit. Als vertegenwoordiger van de LVSG in dit platform benadruk ik voortdurend de waarde van het vak sociale geneeskunde.

De curatieve gezondheidszorg is van groot belang, soms van levensbelang, voor allen die ziek zijn. Alle inspanningen deze zorg te verbeteren worden door de sociale geneeskunde van harte ondersteund. Mensen die ziek worden moeten kunnen rekenen op de best mogelijke behandeling op het juiste moment.

De LVSG is dan ook gelukkig met het actieplan van het platform wachttijsten, waaraan de KNMG en de beroepsverenigingen hun bijdrage leveren. Ook het

standpunt van de KNMG tegen voorrangsbehandeling heeft de LVSG onderschreven.

Uit een recente enquête blijkt dat de Nederlandse bevolking de gezondheidszorg nu slechter vindt dan die van een paar jaar geleden. Iets om over na te denken. Toch blijken de mensen in grote mate bereid te zijn meer te betalen voor betere zorg. Ontwikkelingen binnen het gezondheidszorgsysteem moeten dan ook scherp in de gaten worden gehouden.

Maar er is meer. Wat de sociale geneeskunde sterk aangaat, is de vraag hoe gezonde jaren aan het leven toe te voegen in plaats van ongezonde. Hier ligt een zware verantwoordelijkheid voor de artsenorganisatie KNMG. Zij, in Nederland het belangrijkste forum voor het bespreken van deze vraag, dient daarvoor strategieën te bedenken. In de werkverdeling binnen de KNMG heeft de LVSG hier het

LVSG

voortouw. Met het instellen van een beleidsadviescommissie 'Volksgezondheid en Preventie' die voor de KNMG de juiste strategieën voor het behalen van gezondheidswinst zal ontwikkelen, is deze hand-schoen opgepakt.

Betekent dit nu dat vooral artsen verantwoordelijk zijn voor de verlenging van de gezonde levensverwachting? Nee, natuurlijk. Artsen moeten echter wel signaleren wanneer de gezondheid wordt bedreigd; zij moeten mogelijkheden tot interventie aangeven, ook als die interventies buiten de gezondheidszorg moeten plaatsvinden. Verantwoordelijk zijn zij in ieder geval voor de eigen analyses en voor alle interventies die vanuit de geneeskundige invalshoek mogelijk zijn.

Ook de curatieve collega's hebben hun verantwoordelijkheid voor de sociaal-medische aspecten van de behandeling van hun patiënten. In het probleemgericht onderwijs zien we een vruchtbare samenwerking ontstaan tussen instituten voor sociale geneeskunde en klinieken. Die samenwerking zou op alle vakgebieden van de sociale geneeskunde gestalte moeten krijgen. Het initiatief van de NVAB de 'occupational medicine' verder te academiseren, is dan ook krachtig ondersteund door de LVSG en de KNMG.

De sociale geneeskunde staat voor grote uitdagingen: zorgen voor interventies bij gezondheidsbedreigingen, de gezonde levensverwachting verlengen, sociaal-geneeskundige elementen integreren in het handelen van alle artsen, en de kwaliteit van het sociaal-geneeskundig handelen bevorderen. Ik voeg daaraan toe: de noodzaak je sociaal-geneeskundige werk professioneel autonoom te kunnen doen. Veel sociaal-geneeskundigen zijn in dienst van een werkgever voor wie de sociaal-geneeskundige doelstelling niet centraal staat. Een gemeentebestuur moet immers de belangen van de jeugdgezondheidszorg afwegen tegen investeringen in fietsroutes of tramlijnen. Kortom op het budget van de jeugdgezondheidszorg moge dan politiek-bestuurlijk begrijpelijk zijn, de jeugdarts moet kunnen werken volgens de standaarden van de beroepsgroep. Indien deze standaarden gevaarlopen, kan een sterke landelijke beroepsorganisatie voor de jeugdartsen in de bres springen.

Zoals het onderzoek van NIA/TNO onlangs heeft laten zien, baart de commercialisering van de Arbo-zorg menig bedrijfsarts grote zorgen. Individuele bedrijfsartsen hebben het gevoel klem te zitten tussen hun professionele opvattingen en de zakelijke belangen van hun werkgever. Daarom is het goed dat er een professioneel statuut is totstandgekomen, mede dankzij de inzet van de KNMG.

Er zijn meer voorbeelden te noemen van terreinen waarop een beroepsorganisatie met gezag kan meewerken aan het verankeren van de professie van de arts. Het is een kwestie van solidariteit gezamenlijk zo'n organisatie in stand te houden. Het recente besluit over de wijziging van de federatiestructuur van de KNMG komt dat streven zeker ten goede.

Samenvattend: Nederland heeft recht op een krachtig georganiseerde beroepsgroep van sociaal-geneeskundigen. Dat is goed voor de volksgezondheid, goed voor de gezondheidszorg in al haar facetten, goed voor de ontwikkeling van het eigen vakgebied en goed voor iedere sociaal-geneeskundige. •

*prof. dr. H. Rengelink,
voorzitter LVSG*

Nederland als grote broer

Sabine E. Wildevuur

Het St. Elisabeth Hospitaal in Willemstad op Curaçao is het grootste en modernste ziekenhuis van de Antillen. 'Wij lopen 25 jaar achter op de ontwikkelingen in Nederland', stelt de directie. Toch is er een klachtencommissie geïntroduceerd en wordt er gesproken over de integratie van het medisch-specialistisch bedrijf. Waar liggen de verschillen met een Nederlands ziekenhuis?

M OGE DITHUIS blijven voortbestaan totdat de mieren al het zeewater hebben opgedronken en de schildpad de wereld is rondgelopen.' Deze spreuk siert het art deco-trappenhuis van het St. Elisabeth Hospitaal in Willemstad, Curaçao. De nonnen 'Alles voor allen' stichtten in 1855 het grootste en modernste ziekenhuis van de Nederlandse Antillen. In 1987 verlieten de laatste zeven nonnen van de gemeenschap de instelling.

De laatste jaren is er het een en ander gemoderniseerd, maar al in de hal wordt door de bewegwijzering het verschil met een Nederlands ziekenhuis duidelijk. Naar rechts: 'algemene, interne en chirurgische mannen', naar links: 'algemene, interne en chirurgische vrouwen'.

Inefficiënte indeling

De grootste wens van de driekoppige directie van het ziekenhuis is een speciali-

satie van de afdelingen. 'Je hebt nu alleen een scheiding tussen vrouwen en mannen, er zijn lange gangen en grote zalen. De indeling is weinig efficiënt', zegt financieel directeur S.C. Bérénos. Medisch directeur dr. J.D. Martina valt hem bij: 'Er is een commissie om tot een nieuw ziekenhuis te komen. Zo voorzichtig moet ik het uitdrukken: te komen tot. Die was er veertig jaar geleden ook al. Maar in de financiële plannen was de bouw van een nieuw ziekenhuis er steeds uit gelaten.' Bérénos: 'Pas als je kunt opschuiven binnen het ziekenhuis, kun je verbouwen. Wij hebben niet de financiële middelen om prefab- of mobiele eenheden te plaatsen. De afdelingen moeten er eerst uit om plaats te maken voor nieuwe.'

Wie een rondgang maakt door het ziekenhuis moet de directie gelijk geven: efficiënt is de indeling van het ziekenhuis niet. Het is een doolhof van gangen, zalen van ver-

schillende grootte, behandelkamers, luxe eerste klas eenpersoonskamers met airconditioning en eigen badkamer, verpleegstersposten (op iedere hoek zit er wel een), dat alles afgewisseld met patio's met palmbomen. Er is een scherpe scheiding tussen de klassen, met de allerarmsten van de derde klasse op de onderste verdieping en de andere klassen daarboven.

Grote verschillen

De afdelingen verschillen sterk in moderniteit. De fysiotherapie valt ergens in het midden. Eenvoudig, doch efficiënt. Een apart kamertje met matten op de vloer om oefeningen te doen. In de grote zaal probeert een jonge man voorzichtig enkele pasjes te zetten, daarbij steunend op een brug met gelijke leggers. Een oudere man bij wie verschillende gedeelten van zijn lichaam omzwachteld zijn, zit in een rolstoel en praat met de fysiotherapeut. Hij is aangevallen door een pitbull en een rottweiler die overal in zijn lijf hebben toegehapt.

De derdeklasse chirurgie mannen brengt beelden van Nederlandse ziekenhuizen uit de jaren zeventig terug in de herinnering. Op de zaal staan 25 bedden. Een oudere man ligt zwaar rochelend op het bed. Zijn buurman heeft de visite lopende artsen op bezoek. Er zijn geen afscheidingen tus-



St. Elisabeth Hospitaal, Willemstad

Foto: Sabine E. Wildevuur

sen de bedden, er is totaal geen privacy. We zien later dat dit bij de vrouwen iets beter is: tussen de bedden zijn schotten geplaatst, zodat de patiënt zich enigszins kan afzonderen.

De carapatiënten hebben, vooruitstrevend, een aparte afdeling. Maar de 'duikflessen' met zuurstof naast het bed tonen de achterstand in modernisering.

De modernste afdelingen liggen op de hogere verdiepingen van het ziekenhuis. Ondanks dat de directie stelt dat het moeilijk schuiven is in het gebouw, is het bovenin gelukt. Waar de Intensive Care was, is nu een moderne dialyseafdeling gekomen met zo'n vijftien 'stations'. Naast ieder bed staat een televisie, de ruimte heeft airconditioning.

Deze afdeling is het pronkstuk van het ziekenhuis en het troetelkind van prof. dr. L.W. Statius van Eps, hoogleraar in de geografische pathologie en de geschiedenis van de geneeskunde der Nederlandse Antillen aan de VU Amsterdam, wiens portret bij de ingang hangt. Twee jaar geleden opende hij vanuit Amsterdam het centrum met een video.

De Intensive Care is verplaatst naar de hoogste verdieping van het ziekenhuis. Het is er leeg, van de zeven bedden zijn er maar drie bezet vanwege het tekort aan IC-verpleegkundigen. In dat opzicht is er weinig verschil met Nederland.

Structurele verandering

Het zijn relatief kleine veranderingen binnen een veel groter plan dat de directie in haar hoofd heeft. Dr. Martina: 'Wij willen toe naar clusters. Eerst willen we de snijdende en niet-snijdende clusters scheiden. Alle snijdende clusters moeten worden samengevoegd, ook fysiek. Dan ontstaat de discussie: moet Longziekten een aparte afdeling krijgen of wordt die ondergebracht bij Interne Geneeskunde? Gaan de orthopedische operaties onder Chirurgie vallen? En moet er een aparte polikliniek komen voor ieders specialisme? 'Daarnaast heb je het probleem van de klassen. Nu is de Interne voor de derde-klasse beneden en voor de andere klassen boven. Dat moet één afdeling worden.' 'Er speelt nog een cultureel verschil', zegt Bérénos. 'In Nederland liggen vrouwen en mannen op dezelfde afdeling. Op Curaçao worden ze strikt gescheiden, behalve op de B-afdeling, waar kamer 45 - voor mannen - grenst aan vrouwenkamer 44. Martina: 'Kortgeleden kwam een man van 76 jaar, verward, terug van het toilet. Hij vergiste zich in de kamer en is op de belendende kamer voor vrouwen in bed gekropen. Het haalde de voorpagina's van de krant: Naakte man kruipt in bed van vrouw in het St. Elisabeth Hospitaal.' Mw. L.L.A. Davelaar-Franklin, algemeen secretaris,



Algemeen secretaris mw. drs. L.L.A. Davelaar-Franklin, geflankeerd door financieel-economisch directeur S.C. Bérénos (links) en dr. J.D. Martina, medisch directeur.

voegt daaraan toe: 'Heel Curaçao stond op zijn kop. Men maakte zich meteen zorgen over de veiligheid in het ziekenhuis, want als zoiets kan gebeuren ...'

Tijdens de rondleiding door het ziekenhuis spreekt PR-medewerkster E. Ilenia bij de bewuste kamer haar hierover af-schuw uit: 'Jammer voor het ziekenhuis dat zoiets moest gebeuren.'

Nederland als voorbeeld

De directie volgt de ontwikkelingen op gezondheidszorggebied in Nederland nauwgezet. Martina noemt meteen de integratie van de medisch-specialistische zorg in de organisatie. 'Wij lopen 25 jaar achter op Nederland. De zorg is beter georganiseerd in Nederland. Daar wordt veel met protocollen gewerkt, hier nauwelijks. Wel op de gesloten afdelingen, zoals de dialyse.'

Volgens Davelaar-Franklin is de medisch staf enthousiast over het idee van de integratie van medisch-specialistische zorg. 'Men beseft dat dat nodig is. De jongeren voelen meer voor een dienstverband.' Daar is haast bij, meent Bérénos: 'Je moet er meteen mee beginnen, anders willen ze niet meer. Dan hebben ze zich al te veel vastgelegd. In Nederland is de regeling van bovenaf opgelegd. Wij proberen die als ziekenhuis in te voeren.'

De trend om binnen de gezondheidszorg meer in dagverpleging te doen, is ook merkbaar in het St. Elisabeth Hospitaal. Het aantal verpleegdagen daalt, het aantal verrichtingen stijgt. Vroeger lag het aantal verpleegdagen gemiddeld op 18 à 19, nu zijn het er 8,6.

Het moet beter

Naar Nederlands voorbeeld is in het ziekenhuis een klachtencommissie geïntroduceerd. Martina: 'Ons gezondheidsrecht wordt gedictieerd door Nederland, door nieuwe wetten als de Wet BIG, het klachtrecht. Wij volgen de Nederlandse wetgeving institutioneel. Het zijn voor ons richtlijnen die kunnen bijdragen tot kwaliteitsbevordering. De Wet BIG kunnen wij niet introduceren, dit is een ziekenhuis. Maar het klachtrecht is een plicht van het ziekenhuis.'

Sinds november 1997 is er een klachtencommissie ingesteld, vertelt Davelaar-Franklin, met als uitvoerder een ambtelijke secretaris. 'Patiënten konden hun klachten niet kwijt. Veel klachten die binnenkomen zijn ongegrond. De meeste hebben te maken met bejegening en miscommunicatie of misverstanden. Of het veel of weinig klachten zijn, kunnen we nog niet beoordelen: we kunnen nog niets vergelijken.'

De secretaris gaat zich ook bezighouden met het oprichten van een patiënteninformatiecentrum. Bérénos: 'Nu al geeft zij boekjes uit: 'De goed geïnformeerde patiënt'. Maar het moet beter en het kán beter.'

Dat het overbrengen van informatie niet altijd even gemakkelijk is, wordt duidelijk tijdens de rondleiding. Op de veranda zit een man te roken. 'Sorry meneer, u mag in het ziekenhuis niet roken.' 'Hoe moet ik dat weten?' 'U heeft toch een papier met informatie gekregen toen u werd opgenomen?' 'Dat klopt, maar dat heb ik niet gelezen.' •

De KNMG nieuwe stijl komt er

Ben V.M. Crul

T ERWIJL half Nederland aan de buis gekluisterd zat om te kijken of Argentinië dan wel Engeland de volgende tegenstander van Oranje zou worden in de kwartfinales van het wereldkampioenschap voetbal, bogen de afgevaardigden op de Algemene Ledenvergadering zich niet voor het eerst, maar voor velen hopelijk wel bijna voor het laatst, over de toekomstige structuur van de KNMG.

Spijkers met koppen

Het bestuur wilde nu duidelijk spijkers met koppen slaan om in een gemoderniseerd jasje het jubileumjaar 1999 tegemoet te treden. KNMG-voorzitter Jan Minderhoud hield hiertoe een gloedvol betoog over een beetje verleden, wat meer heden en nog meer toekomst: een KNMG als adequaat reagerende en klantgerichte organisatie. Wie zou dáár tegen kunnen zijn. Hij werd hierbij zichtbaar gesteund door zijn collega-voorzitters van de beroepsverenigingen.

Iedere afgevaardigde was bij aanvang voorzien van een gele kaart, welke echter uitsluitend getoond mocht worden bij de beoogde besluitvorming over dit en andere punten. Het aantal niet-stemgerechtigde ex-voorzitters der KNMG in de zaal was hoog, hun inbreng groot. Of de inhoudelijke inbreng van de gekozen afgevaardigden hierdoor in het gedrang kwam, is aan henzelf ter beoordeling. Het aantal minuten dat de afgevaardigden 'aan de bal' waren, mocht van mij echter wat omhoog. Of dat in de nieuwe beoogde structuur van de KNMG - waarover in Medisch Contact recent veel verschenen is: zie in deze jaargang de bladzijden 774, 792-797 en 888-890 - anders zou gaan, was een van de discussiepunten. Geassisteerd door de voor voetballen niet onbekende mr. E.J.A. Vilé, wist het hoofdbestuur vele vragen te beantwoorden en aanvallen op zijn beleid te pareren. Waarom zou een zeventigjarige geen lid van de Algemene Vergadering meer mogen zijn? Waarom is bij KNMG-perifeer gekozen voor de formule van de 23 districten van de LHV? Is het takenpakket van de beoogde KNMG-districten niet wat mager en wie betaalt die perifere expansie? Gezien de hier en daar

goed gevulde kassen van al dan niet slappende KNMG-afdelingen mijns inziens om meer dan één reden een relevante vraag. Sommige potentiële districten diagnosticeerden op voorhand al enkele corpora aliena binnen de grenzen van hun grondgebied. Volgens het bestuur is de gekozen oplossing op dit moment echter de meest praktische. KNMG-afdelingen verliezen weliswaar hun formele functie, maar kunnen hun sociaal-wetenschappelijke functie behouden.

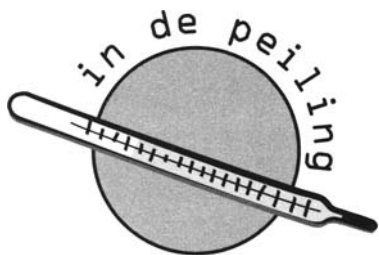
Onoverbrugbaar bleken de verschillen van mening over het vervangen van het individuele lidmaatschap der KNMG door een getrap 'zich verbonden voelen' met de KNMG via het lidmaatschap van één der vier beroepsverenigingen: de ultieme consequentie van de keuze voor een federatie. Alleen studenten en artsen die om wat voor reden dan ook niet onder een van

Doemscenario's houden klok niet tegen

de beroepsverenigingen vallen, zouden nog individueel lid van de KNMG kunnen worden. Manmoedig deed met name de oudere garde pogingen om dit tijt te keren dan wel de klok terug te draaien; doemscenario's over minimalisatie van ledenaantallen en afnemende betrokkenheid werden gepresenteerd. Uiteindelijk sneuvelde alleen de eis dat een voordracht aan de Algemene Vergadering om als nieuwe beroepsvereniging lid van de KNMG te mogen worden unaniem door het Hoofdbestuur zou moeten worden gedaan, op aandringen van de afgevaardigden; voorzitter Jan Minderhoud deed water bij de wijn door een wijzigingsvoorstel uit de vergadering over te nemen: een driekwart meerderheid binnen het Hoofdbestuur zou nu voldoende zijn om nieuwe ledenberoepsverenigingen via de Algemene Vergadering onder de federatieve KNMG-paraplu te verwelkomen. Terwijl Engeland en Argentinië aan hun

'sudden death'-scenario bezig waren, steeg om een andere reden ook de spanning in de ledenvergadering. De ene schorsing volgde op de andere. Vier en een half uur na de aftrap en na wat pushende woorden uit de jongere hoek, waar enkelen mij toevertrouwden dat nu maar eens de handen uit de mouwen gestoken moesten worden, kwam het tot een stemming. De opgeheven gele kaarten gaven aan dat uiteindelijk negentien afgevaardigden het bestuursvoorstel steunden, bij één onthouding; zes afgevaardigden bleven tegen. De weg naar een KNMG nieuwe stijl ligt nu dus open. Juristen buigen zich deze zomer over nieuwe statuten en een nieuw huishoudelijk reglement. In een eerdere fase had de nieuwe algemeen directeur van de KNMG, Paul van Loon, uitkijkend over het te grote aantal lege stoelen in de vergaderzaal, zich visionair of hoopvol al uitgesproken over een toekomstige Poolse landdag in een barstensvolle vergaderzaal met afgevaardigden gerecruteerd uit LHV, LAD, Orde, LVSG én resterende individuele leden. Het voorstel om het hete hangijzer van de contributie over drie jaar uit te smeren, zodat alle partijen kunnen wennen maar ook zich kunnen waarmaken ten opzicht van de achterban, viel in goede aarde. Diensten van de KNMG, met name de beroeps-overstijgende activiteiten, zullen beter in beeld worden gebracht en begrotingstechnisch van een prijskaartje worden voorzien.

Wat de publiekrechtelijke taken van de KNMG betreft, geldt het devies van kostendekkend zijn. De in dezelfde vergadering behandelde en goedgekeurde wijziging van de 'Regeling erkenning en registratie specialisten' biedt hiervan een goed voorbeeld. Nadat de herziene Modelregeling arts-patiënt het groene licht had gekregen en tot slot Medisch Contact de zittingstermijn van zijn leden van de Raad van Advies bijna had weten te halveren, zochten ook de resterende KNMG-vergaderdijgers moegestreden de kleedkamer op. Engeland zat daar al zijn wonden te likken. Argentinië een aantal dagen later ook. De federatie KNMG gaat echter naar de volgende ronde. •



Viagra in het ziekenfonds?

Mw. mr. A.M. van Blerck, Tweede-Kamerlid van de VVD: 'Daar zal nog een uitgebreide discussie over plaatsvinden. Ik kan mij voorstellen dat verstrekking van Viagra op basis van een scherp afgetekende medische indicatie tot de mogelijkheden zal gaan behoren. Maar algemene verkrijgbaarheid en vergoeding door het ziekenfonds voor eenieder die erom vraagt? Nee, dat niet.'

Drs. G.E.L.M. Worm, voorzitter van Nefarma: 'Als Viagra op medische indicatie wordt voorgeschreven door een arts of specialist en daadwerkelijk als geneesmiddel wordt gebruikt, moet het middel worden opgenomen in het ziekenfondspakket. Daarover kan geen twijfel mogelijk zijn. Op deze manier wordt het nieuwe middel onder de juiste omstandigheden gebruikt. Mijn verwachting is dat Viagra dan een kostenbesparende werking heeft op de gehele gezondheidszorg. Men hoeft bijvoorbeeld minder vaak en minder lang de psychiater of psycholoog te consulteren. Naast dit economische rendement zal Viagra zeker ook de kwaliteit van leven verhogen.'

De Volkskrant, 27 juni: 'De Duitse ziekenfondsen hebben besloten de potentiepil Viagra niet te vergoeden, omdat opname in het pakket miljarden mark per jaar zou gaan kosten. De fondsen verwachten een stormloop, ook van mannen zonder potentieproblemen.'

Prof. dr. G. van Dijk, seksuologe en werkzaam bij het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC): 'Ik heb er geen bezwaar tegen als Viagra in het ziekenfondspakket wordt opgenomen. Seksualiteit heeft te maken met kwaliteit van leven. Het is een feit dat voor veel mannen de erectie het centrum van het seksuele leven is, wat je daar verder ook van vindt. Als die erectie er niet is, valt soms het hele seksuele leven of zelfs de intimiteit in een relatie weg. Als er een middel is om daar iets aan te doen, dan ben ik daar niet tegen. Viagra heeft bovendien het voordeel dat het geen hormonaal middel is. Het grijpt in op het seksuele proces en werkt alleen

De extra uitgaven die Paars II voor knelpunten in de gezondheidszorg wil reserveren, dreigen geheel opgesoupeerd te worden door de stijgende kosten van medicijnen. De druk op de begroting kan nog worden vergroot door de komst van nieuwe medicijnen. Op dit moment gaan er bijvoorbeeld stemmen op om de populaire potentiepil Viagra op te nemen in het ziekenfondspakket. Een goed idee?



Foto: Loek Zuyderduin

als er al sprake is van seksuele opwindung. Door Viagra in het ziekenfondspakket op te nemen, wordt het bereikbaar voor alle lagen van de samenleving. Ik zie trouwens geen verschil met een anti-depressivum als Seroxat. Als je dat wel opneemt in het ziekenfonds, waarom dan Viagra niet?'

Dhr. L. de Graaf, voorzitter van de Ziekenfondsraad: 'Voor Viagra geldt dezelfde beoordelingsprocedure die we al jaren ook voor andere middelen gebruiken. Op grond van de therapeutische waarde, doelmatigheid en andere (verzekerings-technische) aspecten, zal de Ziekenfonds-

raad de minister van VWS een voorstel doen. Daarbij zullen ook de kosten worden betrokken. Uiteindelijk is het aan de minister om een afweging te maken tussen het beschikbare budget, de kosten die opname van nieuwe en doelmatige zorgvormen met zich mee brengen en het belang van de volksgezondheid dat vraagt dat verzekerden toegang tot die zorg hebben.'

Drs. R. Goudriaan van het Instituut Onderzoek Overheidsuitgaven (IOO): 'Over Viagra kan ik niet zoveel zeggen, maar wel over de stijgende uitgaven voor medicijnen. Dat is voornamelijk een volume-probleem: er worden meer medicijnen geconsumeerd. Voor een belangrijk deel is dat te wijten aan demografische ontwikkelingen, zoals de vergrijzing van de bevolking en de toename van het aantal allochtonen (die gemiddeld meer medicijnen consumeren). Een andere belangrijke oorzaak is de toename van de extramurale zorg. Mensen liggen niet langer in het ziekenhuis, maar genezen thuis met medicijnen. Slechts een klein deel van de kostenstijging is te wijten aan nieuwe medicijnen. Door patenten zijn die duurder dan oude medicijnen. Overigens is de geneesmiddelenconsumptie in Nederland laag vergeleken bij de ons omringende landen. En dat bij een gemiddeld prijsniveau.'

'Hoe dan ook, de discussie zou niet moeten gaan over wel of niet in het ziekenfondspakket. Of over andere ad hoc-maatregelen, zoals de ziekenfondsapotheek. Die leveren nooit genoeg op om de kostenstijging te dekken. De politiek en de samenleving zouden eindelijk eens moeten afwegen wat de farmaceutische zorg hun waard is.'

Een deelnemer aan het discussieforum van Beleggersnet op Internet (<http://het.beleggers.net>): 'De aandelenkoers van fabrikant Pfizer is vooral gebaseerd op de hoge verwachtingen met betrekking tot Viagra. Als dat tegenvalt, dan zal je de koers ook zien tuimelen. Dus jongens: duimen voor Viagra!'

Robert Crommentuyn

Nieuwe inrichting sociale zekerheid

Claimbeoordeling onafhankelijk maar geïsoleerd?

H.A. van den Haak

Over de inrichting van de claimbeoordeling en de bepaling van de afstand tot de arbeidsmarkt bij mensen met een handicap is een discussie op gang gekomen. Die kan verstrekende gevolgen hebben voor de huidige uitvoeringsorganisatie van de werknemersverzekeringen en de daarin werkzame verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen.

OP DE VALREEP van de verkiezingen heeft staatssecretaris De Grave op 27 april advies gevraagd aan de SER en aan de Stichting van de Arbeid over de inrichting van de uitvoering van de sociale verzekeringen in 2001.¹ Centraal staat daarbij het voorstel om de claimbeoordeling ten behoeve van de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen bij de huidige uitvoeringsinstellingen (GAK, Cadans, GUO, USZO en Sfb) weg te halen en in een onafhankelijk publiek orgaan te plaatsen. Reden genoeg om in dit artikel u nader te informeren over het kabinetsvoornemen en enkele voorzichtige eerste conclusies te formuleren over een aantal aspecten die voor artsen belangrijk zijn.

Achtergrondinformatie

Voor een helder begrip van de kabinetsvoorstellen enkele voorafgaande opmerkingen:

- Het voornemen van het kabinet is gericht op de herinrichting van de arbeidsongeschiktheids- en werkloosheidsbeoordelingen (WAO en WW) en de begeleidende activiteiten bij mensen zonder werk. De voorstellen zijn niet gericht op een herinrichting van de arbodiensten.
- De arbeidsongeschiktheids- en werkloosheidsregelingen en de begeleiding van mensen zonder werk worden uitgevoerd door de uitvoeringsinstellingen, de gemeenten en Arbeidsvoorziening. Uitvoeringsinstellingen (UVI's) en gemeenten beoordelen het recht op uitkering van respectievelijk de arbeidsongeschiktheidsverzekering en de Algemene Bijstandswet. Zij schakelen Arbeidsvoorziening in bij de begeleiding.
- Het kabinet heeft vorig jaar besloten tot de totstandkoming van circa tweehonderd regionale centra voor werk en inkomen

(CWI's). In deze centra, een samenwerkingsverband van de drie genoemde partijen, meldt de cliënt zich aan bij een loket; hij kan daar dan direct aanspraak maken op vacaturebemiddeling. Eventueel wordt hij voor de uitkeringsbeoordeling doorverwezen naar de betreffende instantie of vindt binnen het centrum de beoordeling plaats. De centra richten zich nu vooral op werklozen, maar in toenemende mate ook op gedeeltelijk arbeidsgeschikten.

- De huidige inrichting van de claimbeoordeling is publiek. Er zijn prikkels om te komen tot concurrentie en bij de uitvoeringsinstellingen is een ontwikkeling gaande naar een combinatie van publieke en private werkzaamheden. De uitvoeringsinstellingen maken onderdeel uit van een holding, waarin ook zorgverzekeraars en particuliere inkomensverzekeraars in het private deel van de holding participeren, maar zijn nu nog omgeven met een groot aantal maatregelen gericht op een strikte scheiding tussen publieke en private uitvoering.

Inhoud van het kabinetsvoornemen

In de ogen van het kabinet biedt de inrichting van het huidige stelsel onvoldoende waarborgen om door middel van concurrentie een efficiëntere en doelmatiger uitvoeringsorganisatie te bereiken. Met de veranderingen in Organistiewet Sociale verzekeringen (OSV '95 en OSV '97) is al een pad ingeslagen van concurrentie, maar aanpassing is in de ogen van het kabinet nodig omdat het huidige stelsel te veel beperkingen in de uitvoering met zich meebrengt.

Het kabinet stelt voor, de uitvoeringsinstellingen volledig te privatiseren en de uitvoering grotendeels vrij te laten aan de markt. De werkgever gaat in de toekomst

rechtstreeks de opdracht verlenen aan de uitvoeringsinstelling. In eerste instantie op brancheniveau, maar grote werkgevers rechtstreeks. Daarbij wordt de concurrentie om de uitvoeringskosten versterkt door deze kosten rechtstreeks door de werkgever te laten betalen en geen onderdeel meer te laten zijn van de premie. De eisen om een uitvoeringsinstelling te mogen worden, worden versoepeld teneinde te bevorderen dat meer uitvoeringsinstellingen worden opgericht. Daarnaast denkt het kabinet aan de invoering van een bonusstelsel om met een financiële prikkel de uitvoeringsinstelling te stimuleren tot een zo groot mogelijke reïntegratie-inspanning.

Het is van belang te onderkennen dat de uitvoeringsinstelling nieuwe stijl een holding is met werkmaatschappijen op het terrein van de zorg- en inkomensverzekeringen. Meer dan voorheen kan en mag vanuit een organisatie een *full-service*-pakket worden aangeboden, waarbij de samenhang in de verschillende vormen van inkomensdekking en pensioenvormen, preventie, samenwerking zorg en sociale zekerheid en arbodienstverlening in de dienstverlening is opgenomen. Een breed scala van initiatieven en een nieuwe dienstverlening kunnen hieruit voortvloeien.

Om de negatieve effecten van een versterkte marktwerking tegen te gaan, stelt het kabinet voor, de beslissing van verwijtbaarheid van de werkloosheid, de bepaling van de mate van arbeidsongeschiktheid, zowel in het kader van de ZW als in dat van de WAO en de second opinion (WULBZ), de beslissingen die samenhangen met de gezinssamenstelling en gezinsinkomen, en de beslissing omtrent het opleggen van boetes en maatregelen los te maken van de huidige uitvoeringsinstellingen en in een apart publiek orgaan te positioneren. De uitvoeringsinstellingen nieuwe stijl behouden de feitelijke administratieve processen (bijvoorbeeld de berekening van de duur van de uitkering en het verzorgen van de uitkering) en de uitvoering van reïntegratieactiviteiten.

De SER is gevraagd aan te geven of

het publieke takenpakket invulling moet krijgen in vijf publieke instanties (het huidige aantal uitvoeringsinstellingen) of dat het uiteindelijk moet leiden tot één gezamenlijke publieke instantie voor de claimbeoordeling. Tevens is de SER gevraagd aan te geven of en, zo ja, hoe deze publieke instanties moeten worden ingepast in de regionale CWI.

Ten aanzien van deze relatie geeft het kabinet aan, dat de werkloze cliënt zich direct meldt bij het regionale CWI, terwijl de arbeidsongeschikte zich meldt via de uitvoeringinstelling nieuw stijl, die voor de claimbeoordeling de publieke instantie moet inschakelen en na gebleken restcapaciteit de cliënt doorverwijst naar het CWI. Bij deze invulling heeft de uitvoeringinstelling nieuwe stijl een regisserende rol. De cliënt komt in eerste instantie bij hem binnen, hij dient verplicht de publieke claimbeoordeling in te schakelen en hij bepaalt vervolgens wie wordt ingeschakeld voor de reïntegratie. Maar hij mag dit in het nieuwe bestel ook zelf doen.

Beschouwing

In deze beschouwing over het kabinetsvoornemen wil ik mij beperken tot die pun-

ten die in mijn ogen voor de lezers van Medisch Contact relevant zijn:

- de inhoud van de onafhankelijke claimbeoordeling;
- de plaats van de onafhankelijke claimbeoordeling;
- de ontwikkeling van full-service en de daarmee samenhangende behoefte aan gegevensuitwisseling.

Inhoud beoordeling

In de huidige voorstellen wordt terecht geconstateerd dat de ontwikkeling naar CWI-centra en de kabinetsvoornemens nadere invulling behoeft. In het kabinetsvoorstel dreigt de claimbeoordeling in een geïsoleerde positie te komen, met alle risico's van dien, niet alleen in termen van overdrachtsmomenten, maar ook in termen van relatie tussen beoordeling, reïntegratie en case-management. De formulering in het kabinetsvoornemen biedt geen ruimte voor de beoordeling die specifiek is gericht op reïntegratie. De huidige invulling van de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid staat inmiddels zo ver verwijderd van de vraag waar de beste kansen liggen op het verkrijgen van werk en welke publieke middelen moeten wor-

den ingezet om deze kansen te bevorderen, dat er bij een uitwerking zoals het kabinet die voorstaat, twee beoordelingen noodzakelijk zijn: de publieke beoordeling inzake de claim en vervolgens een beoordeling binnen het CWI dan wel de uitvoeringinstelling inzake de reïntegratiemogelijkheden en het gebruik van publieke reïntegratiemiddelen hierbij. Hoewel principiële argumenten kunnen pleiten voor een scheiding, zijn er veel praktische argumenten te bedenken om deze samenhang in de beoordeling te blijven voorstaan, waarbij de snelheid van het afdoen en helderheid de belangrijkste zijn voor de cliënt.

Plaats beoordeling

De (claim)beoordeling, gericht op uitkering en reïntegratie, kan gepositioneerd gaan worden binnen de uitvoeringinstelling (privaat) of de CWI (publiek). Een apart orgaan valt af, gezien de voorgestane samenhang in de beoordeling. De bepaling van de keuze hangt af van:

- het gewicht dat men hecht aan de bescherming van een onafhankelijke positie door inbedding in een aparte organisatie;

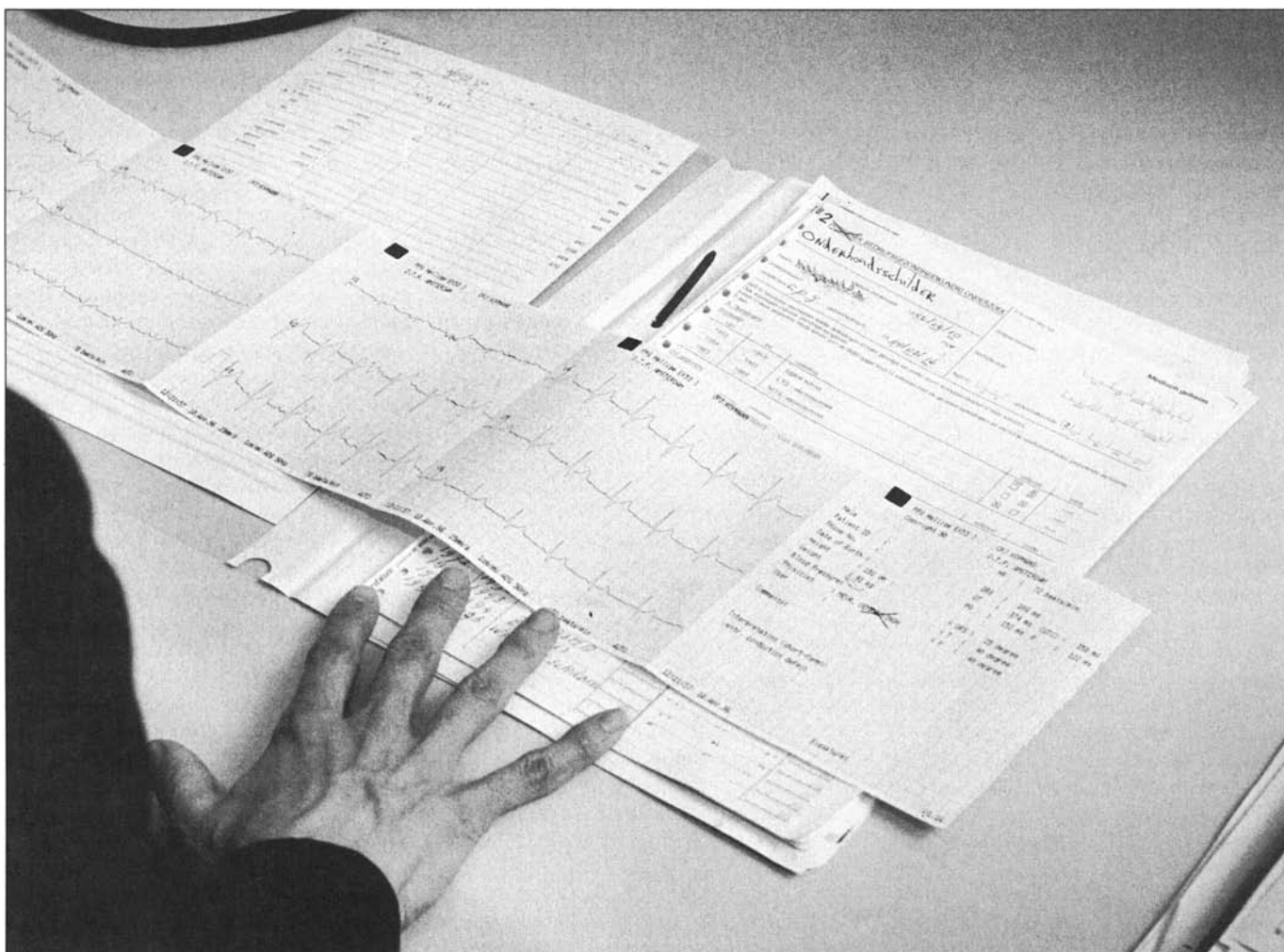


Foto: studio André Ruigrok

- de vraag hoe men wil omgaan met het case-management en de regierol.

De uitvoeringsinstelling komt onder sterke druk van de markt te staan. Met name een sterke directe relatie tussen werkgever en uitvoeringsinstelling kan een *incentive* zijn om oneigenlijke druk uit te oefenen op de inhoud van de gevalsbehandeling en reden zijn om bijzondere maatregelen te nemen ten aanzien van de onafhankelijk positie van de beoordelaar. Bovendien brengt een verhoogde marktwerking het risico mee dat concurrentie vorm krijgt door prijsdaling ten koste van de noodzakelijke investering in de kwaliteit van de beoordeling. Ervaringen die ook zijn opgedaan bij de toenemende marktwerking rond de arbodiensten.² Maar deze invloeden zijn met plaatsing in het publieke domein niet zonder meer weggepoetst.

Een inhoudelijke uitwerking van de voorwaarden rond de organisatie van de gevalsbehandeling, zoals een goed stelsel van kwaliteitsborging en externe toetsing hierop, een adequaat erkenningstelsel, een professioneel statuut en een vakinhoudelijke protocollering zijn noodzakelijk om de kwaliteit van uitvoering te waarborgen tegen negatieve invloed vanuit de behoefte aan beheersing van de kosten, zowel in het publieke als in het private domein.

Op 28 mei zijn de VHP, de LAD, de NVVG, de verenigingen van UVI-artsen en de gezamenlijke UVI-directeuren in een convenant de instelling van een gezamenlijke werkgroep overeengekomen, die de nadere uitwerkingen van de kwaliteitsborging bij de uitvoeringsinstellingen handen en voeten moet geven. Daarnaast is het LISV al jaren bezig met de protocollering en heeft het Ctsv de toetsing op kwaliteitsborging scherp vorm gegeven.³ De uitvoeringsinstellingen zijn van mening dat met de invoering van deze maatregelen het kabinet niet hoeft over te gaan tot een positionering van de claimbeoordeling in een apart, publiek orgaan. De NVVG, de verenigingen van UVI-artsen en de VHP/LAD hebben zich hierover niet willen uitspreken.

Het losmaken van de uitvoeringsinstelling en plaatsing binnen het publieke domein doet tevens de vraag reizen waar de regie en het case-management komen te liggen. Door alle uitbestedingsrelaties rond de reïntegratie is het noodzakelijk regie te voeren ten aanzien van de uitbestedingen en bewaking te hebben op case-niveau in de voortgang. In het voorstel van de uitvoeringsinstellingen komen deze functies te liggen bij de uitvoeringsinstelling. Het kabinetsvoorstel lijkt deze functie eveneens bij de uitvoeringsinstelling neer te leggen, zij het met een scheiding in het

case-management en de claimbeoordeling. Het is ook denkbaar dat de regie- en case-managementfunctie binnen het CWI komt te liggen, door daar een gecombineerd onafhankelijk oordeel tot stand te laten komen ten aanzien van uitkeringsrechten en rechten op publieke middelen voor reïntegratie en daaraan een bewaking te koppelen.

De regierol bij de uitvoeringsinstelling geeft deze wel een opmerkelijke machtspositie binnen een vrije markt. Een machtspositie die scherpe eisen stelt aan de vrijheid van werkgevers met bepaalde uitvoeringsinstellingen in zee te gaan, wil er geen sprake zijn van een oneigenlijk voordeel in de concurrentie.

Full-service

Het kabinetsvoornemen biedt de uitvoeringsinstellingen nieuwe stijl alle ruimte voor integrale dienstverlening. De uitvoeringsinstellingen nieuwe stijl kunnen in principe een werkgever een arrangement bieden dat op alle aspecten van preventie, inkomensdekking, reïntegratie en zorgverzekeringen, ingangen biedt. Dit vraagt om herijking van de standpunten van de beroepsgroep naar de mate waarin

Claimbeoordeling niet in een apart, publiek orgaan

zij in de uitvoering verantwoordelijkheden gescheiden willen houden en - samenhangend hiermee - welke spelregels ten aanzien van de gegevensuitwisseling in dit bestel relevant zijn. Een discussie met een lange geschiedenis. Daarbij gaat het in essentie om twee vormen van samenhang:

- de relatie zorg-sociale verzekeringen (speelt al bij de discussie rond bedrijvenpoli's en wachttijden);
- de relatie arbozorg-publieke en private inkomensverzekeringen, waarbij samenwerking en het beschikbaar krijgen van elkaars gegevens de expliciete aandacht gaan vragen.

Doordat nu vanuit één concern de verschillende werkmaatschappijen onder druk komen te staan om full-service te bieden, zal de huidige gescheiden praktijk snel kunnen veranderen. Deze ontwikkeling biedt mogelijkheden voor ingrijpende verbeteringen in de preventie en begeleiding van arbeidsongeschiktheid, zij het dat moet worden gewaakt voor een tweedeling in de gezondheidszorg.

Afronding

De kabinetsvoornemens zijn ingrijpend, maar bieden ook perspectieven. Het is nog te vroeg voor diepgaande conclusies, maar uit dit artikel is een aantal opmerkingen naar voren gekomen. Het is voor de reïntegratie van groot belang dat de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid niet volledig geïsoleerd komt te staan, maar een samenhang vertoont met de beoordeling van de reïntegratiemogelijkheden en de daarbij behorende inzet van publieke reïntegratiemiddelen. Daarbij zal de verantwoordelijkheid voor het case-management niet uit het oog mogen worden verloren.

Tegen deze achtergrond zijn in mijn ogen in de verdere uitwerking twee opties mogelijk:

1. De claimbeoordeling blijft bij de uitvoeringsinstelling nieuwe stijl.

Van doorslaggevende betekenis hierbij is vraag of de nu ingevulde kwaliteitsborging en het professioneel statuut voldoende waarborgen voor onafhankelijkheid en kwaliteit bieden tegen een intensievere marktwerking. Een marktwerking die scherp moet worden ingevoerd, wil er geen sprake zijn van een oneigenlijk verkregen voordeel door een publieke uitvoering.

2. De claimbeoordeling wordt geïncorporeerd in de huidige CWI-centra en blijft daarbij binnen het publieke domein, maar kan wel in samenhang met reïntegratievraagstukken worden opgepakt.

Deze uitwerking is nog te onduidelijk voor een definitief oordeel.

Een onafhankelijke dienst zoals het kabinet die voorstelt, alleen voor de claimbeoordeling, los van beide instanties (UVI en CWI) neemt in mijn ogen een te geïsoleerde positie in om aantrekkelijk te zijn, zowel gelet het functieperspectief als gelet op de bijdrage aan het volumebeleid in Nederland. •

H.A. van den Haak,

directeur Intad BV; werkzaam als managementconsultant in samenwerking met Moret, Ernst & Young Managementconsultants; tevens voorzitter Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde

Noten

1. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer, 27 april 1998.

2. Zie onder anderen J.H.B.M. Willems, Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde. Met nieuw elan op weg naar 2000! Medisch Contact 1998; 52 (2): 59-60.

3. Model gepubliceerd in Rechtmatigheidsonderzoek werknemersverzekeringen 1996, Ctsv, december 1997.

De oorzaak van het lijden bij de toelaatbaarheid

Het zou onrechtvaardig zijn de wet een onderscheid tussen categorieën lijden te laten maken dat gebaseerd is op de oorsprong van dat lijden: voor de mate waarin iemand lijdt is dat volstrekt irrelevant.

NAAR AANLEIDING van de publicatie van het nieuwe wetsvoorstel euthanasie (MC nr. 17/1998, blz. 570), maakt de psychiater Gersons (MC nr. 23/1998, blz. 786) bezwaar tegen een wettelijke regeling voor hulp bij zelfdoding aan psychische patiënten. Er bestaat al lang een omvangrijke praktijk van euthanasie bij somatische patiënten en in die praktijk heeft zich daarvoor een aantal voldoende heldere zorgvuldigheidseisen kunnen ontwikkelen. Een wettelijke regeling zou van die ontwikkeling het sluitstuk vormen. Maar voor hulp bij zelfdoding aan psychische patiënten is die praktijk tot nu toe beperkt gebleven tot hooguit zes gevallen, een veel te klein aantal om een wettelijke regeling op te baseren. Als er toch een wettelijke regeling komt, zonder heldere criteria, verwacht Gersons minstens vijf problemen. Vier daarvan hebben betrekking op de moeilijkheid om de bestaande criteria voor somatische aandoeningen - de vrijheid en weloverwogenheid van doodswensen en de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden - toe te passen op psychische stoornissen. Het vijfde probleem is niet meer dan een mededeling dat 'wij' (Gersons?, de beroepsgroep in haar geheel?) geen rol voor de psychiaters zien weggelegd om dodelijke middelen aan patiënten te verstrekken. Maar dat is nu juist het uitgangspunt van het meningsverschil en kan daarom niet als argument tegen hulp bij zelfdoding worden gebruikt.

Verkeerde argumenten

Omdat Gersons' opvatting in strijd is met de bestaande praktijk, zowel de juridische als de medische, waarin de oorsprong van het lijden geen rol speelt, is het voor iedereen die deze praktijk onderschrijft van het allergrootste belang om te kijken of Gersons' voorstel inderdaad aanleiding geeft om die te herzien.

1. Ten eerste zijn psychiatrische stoornissen volgens Gersons niet op dezelfde manier uitzichtloos als somatische aandoeningen, omdat ze niet vanzelfsprekend de dood tot gevolg hebben. Maar nog nooit is de stervensfase een vereiste geweest voor straffeloze euthanasie. In de zaak waarmee de euthanasiediscussie in Nederland begon, de zaak-Postma uit 1973, somde de getuige-deskundige vijf criteria op waaronder euthanasie volgens de gemiddelde medicus in Nederland niet ontoelaatbaar is. De rechtbank nam er vier over, maar verwierp expliciet

het al dan niet aangebroken zijn van de stervensfase geen doorslaggevende betekenis mag worden gehecht. Dat nog afgezien van het feit dat de stervensfase niet goed is af te bakenen en dus juridisch onhanteerbaar is.

Kortom, 'uitzichtloosheid' is in de juridische en medische praktijk altijd gedefinieerd zonder verwijzing naar dood of sterven. Waar het wel op aankomt, is of een patiënt redelijkerwijs kan worden gevraagd een bepaalde behandeling te ondergaan. Of dat redelijkerwijs kan of niet, zal afhangen van de duur, de belasting en de kans van slagen van die behandeling.

2. Gersons tweede probleem betreft de vrijheid en weloverwogenheid van doodswensen. Daarover schrijft hij het volgende: 'De doodswens en pogingen tot zelfdoding hebben in groot aantal gevallen te

*Waar het op aankomt, is
of een patiënt redelijkerwijs kan
worden gevraagd
een bepaalde behandeling te ondergaan*

het criterium van de stervensfase, en gaf daarvoor het mijns inziens vanzelfsprekende en doorslaggevende argument dat mensen ook buiten de stervensfase ondraaglijk kunnen lijden. De rechtbank begreep onder dat lijden zowel lichamelijk als geestelijk lijden. Evenmin is in latere uitspraken van rechtscolleges ooit de stervensfase als een voorwaarde gesteld voor straffeloosheid. In de lijst met zorgvuldigheidscriteria uit 1994 komt dit criterium ook niet voor. In het arrest-Chabot uit 1994, waarin het om een patiënt ging die uitsluitend psychisch leed, oordeelde de Hoge Raad dat het toelaatbaarzijn van euthanasie niet afhangt van de vraag of de patiënt zich in de stervensfase bevindt. De medische beroepsgroep staat op hetzelfde standpunt. In de brochure van de KNMG 'Inzake euthanasie' uit 1995 schrijft het hoofdbestuur, net als in 1984, dat aan

maken met de psychische stoornis c.q. psychische conditie waarmee iemand kampt. Dit vraagt juist om behandeling.' (p. 787)

Dat de wens met de stoornis 'te maken heeft' zou, zo neem ik aan dat de onderliggende gedachte is, in strijd zijn met de vereiste vrijheid of weloverwogenheid van die wens. Maar het is precies omgekeerd: een doodswens die niet 'te maken heeft' met een ernstige, uitzichtloze aandoening, of die nu psychisch of somatisch van aard is, beschouwen wij als onbegrijpelijk of niet goed overwogen, en daarom niet vrij.

Stelt u zich hetzelfde argument voor, maar nu toegepast op somatische ziekten: 'De doodswens heeft in groot aantal gevallen te maken met de somatische stoornis (kanker, aids) c.q. de lichamelijke gesteldheid waarmee iemand kampt.

mag geen rol spelen van euthanasie

Henri Wijsbek

Dit vraagt juist om behandeling.' Ja, *natuurlijk* heeft die wens daarmee te maken of vloeit die daar zelfs uit voort, en *natuurlijk* vraagt dat in eerste instantie om behandeling. Maar soms is er geen redelijk behandelingsalternatief meer voorhanden en staat de arts met zijn rug tegen de muur.

3. Het derde punt heeft ook met vrijheid en weloverwogenheid te maken. Letterlijk zegt Gersons: 'Iemand kan zonder aan een psychiatrische stoornis te lijden de autonome beslissing nemen zijn leven te beëindigen. Kortom, eigenlijk moet je psychisch zeer gezond zijn om tot een weloverwogen besluit tot zelfdoding te komen.' (p. 788; ik geef hier Gersons' rede- nering in haar geheel weer)

Voorzover dat 'kortom' als een gevolg- trekking is bedoeld, is het een *non se- quitur*. Als Gersons bedoelt dat je *alleen* autonome beslissingen kunt nemen zon- der een psychiatrische stoornis, dan voegt het niets nieuws toe aan het vorige punt.

4. Het laatste probleem betreft de subjec- tiviteit van oordelen over de ondraaglijk- heid van het lijden en de uitzichtloosheid ervan: 'Binnen de beroepsgroep is men het er wel over eens dat van sommige mensen het leven als zodanig met recht onleefbaar kan worden verklaard. Tegelij- kertijd gaat dit echter altijd om een subjec- tief oordeel, waarvoor geen goede en va- lide criteria voor handen zijn.'

Het is niet makkelijk om te begrijpen wat Gersons hier eigenlijk bedoelt. Hoe kun- nen oordelen *met recht* worden geveld, terwijl ze tegelijkertijd *subjectief* zijn in de zin dat er geen valide of zelfs goede crite- ria voor zijn?

De rest van het probleem knoopt aan bij de subjectiviteit van oordelen over ander- mans psychisch lijden. Vanwege die ver- onderstelde subjectiviteit maken velen zich zorgen over tegenoverdracht. Zij zien de casus-Chabot als een typisch voor- beeld hiervan: de psychiater gaat mee in het machteloosheidsgevoel van de patiënt en om zijn eigen machteloosheid te logen- straffen, verschaft hij de patiënte de ge- vraagde hulp bij zelfdoding. Dat psychia-

ters over andermans leven zouden mogen beslissen, is een gevaarlijke grootheid- fantasie.

Afgezien van het feit dat het toeschrijven van dit motief aan deze psychiater een slag in de lucht is, bestaat er in dit opzicht alweer geen enkel verschil tussen soma- tisch en psychisch lijden: bij somatisch lijden beslist de arts op precies dezelfde manier over andermans leven. En dat de diagnose in het geval van psychisch lijden moeilijker kan zijn vast te stellen, wordt zowel in het arrest-Chabot erkend als in het nieuwe wetsvoorstel ondervangen.

Vergissing

Dat op grond van de bestaande praktijk voor psychische patiënten geen wettelijke regeling te maken zou zijn en voor soma- tische wel, is een vergissing.

De praktijk heeft van het begin af aan ge- abstraheerd van het verschil tussen psy- chisch en somatisch lijden. De criteria zijn gelijkelijk van toepassing op psychische en somatische patiënten. En dat op goede gronden: ook psychisch lijden kan on- draaglijk zijn, zoals Gersons met recht opmerkt. Het zou dan ook onrechtvaardig zijn om een wettelijk verschil te scheppen tussen categorieën lijden dat gebaseerd is op de oorsprong van dat lijden: die oor- sprong is voor de mate van lijden volstrekt irrelevant. Sterker nog: het onderscheid is niet alleen voor deze kwestie irrelevant, het is gebaseerd op een hardnekkig *dua- listisch mensbeeld*, dat niet houdbaar is.

Henri Wijsbek,

vakgroep Filosofie, Ethiek en Geschiedenis van de Geneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam

V E L D W E R K



Stoplap

IK WIL hier best wat leren, maar ik ben geen dom sponsje.'

Loesje op en top. Zij moet ongetwijfeld hebben gedacht aan alle co-assistenten om hun een hart onder de riem te steken. Zij immers worstelen dagelijks met de vraag of de co-schappen een deel van het leerproces vormen dan wel van het productieproces van de ziekenhuizen.

Op geleide van mijn bankrekening, vijf maal per collegejaar verdwijnt f 515 in het luchtledige, en slechts f 425 komt per maand van de Informatie Beheer Groep als krediet binnen, voel ik mij op en top student als onderdeel van het leerproces. Op basis van mijn werktijden echter, minstens 50 uur in de week en de dien- sten niet eens meegerekend, voel ik mij een werkracht in het ziekenhuis, en wel een zéér goedkope!

Op steun van de huidige beroepsgroep hoeven wij echter niet te rekenen, want met het 'verpletterende' argument 'Vroe- ger, in onze opleidingstijd, toen werden er pas échte werkweken gedraaid' valt iedere discussie acuut stil.

Begrijp mij niet verkeerd: hard werken op zich hekel ik niet, zeker niet in het kader van opleidingsdoeleinden, maar we moeten niet geruisloos stoplappen wor- den voor de beperking van het perso- neelsbudget in de ziekenhuizen. Op dit moment is het al zo dat ziekenhuizen bij wegvallen van de co-assistenten niet meer voor honderd procent kunnen functioneren. Als het een bewuste keuze is, dan hoort daar uit een oogpunt van verdelende rechtvaardigheid als logisch sluitstuk bij dat voor co-assistenten stageovereenkomsten en stagever- goedingen beschikbaar zijn. Dat is toch het minimum waar personeelsleden recht op hebben! •

COncientia

DE CO-ASSISTENT

Lijkschouwer onnodig bij euthanasie

Acceptabeler weg mogelijk

H.T.P. Cremers

De taak die in de nieuwe procedure met betrekking tot levensbeëindigend handelen aan de gemeentelijk lijkschouwer is toebedeeld, is oneigenlijk, ondoelmatig en medisch onuitvoerbaar.

DE OP DIT moment geldende Maatregel van Bestuur met betrekking tot euthanasie en hulp bij zelfdoding heeft volgens het evaluatierapport als doelstelling artsen te dwingen tot 'het geven van opening van zaken', tot 'toetsbaarheid', tot 'zorgvuldig medisch handelen' en tot 'uniforme melding en afhandeling'.

Van de vernieuwde procedure die vanaf 1 november 1998 dient te worden gevolgd heeft prof. Legemaate in MC nr. 21/1998, blz. 715, een goede uitleg gegeven. Hij maakt geen gewag van een veranderde doelstelling, alleen van een aanscherping van aanwijzingen en vraagstellingen.

Dat de rol van de gemeentelijk lijkschouwer nauwelijks aandacht heeft gekregen in de euthanasiediscussie en in het evaluatierapport en helemaal geen aandacht in het rapport van de commissie Levensbeëindigend handelen, kan worden gezien als een teken dat de taak van de gemeentelijk lijkschouwer bij euthanasie blijkbaar wordt beschouwd als een onontkoombare wettelijke formaliteit die het bespreken niet waard is. Dit wordt bevestigd door Legemaates beschrijving van de taak van de lijkschouwer in de nieuwe procedure: 'De lijkschouwer schouwt het lijk'.

Beperkingen

Een manueel uitgevoerde lijkschouw is niet alleen situationeel en emotioneel en daarom ook intercollegiaal niet passend bij een euthanasie in de familiekring, maar ook niet doelmatig, omdat door een lijkschouw geen zekerheid kan worden verkregen over het waarheidsgehalte van gegeven beschrijvingen of verklaringen.

De lijkschouwer 'overtuigt zich van de doodsoorzaak', schrijft Legemaate. Hoe? Het is de lijkschouwer niet toegestaan de status in te zien, noch de behandelend arts of relaties (familieleden) te ondervragen. Niet alleen de Wet inzake de genees-

kundige behandelingsovereenkomst blokkeert dat, maar ook de zwijgplicht van de lijkschouwer als arts. Anders zou de lijkschouwer zich niet als arts maar als onderzoeker moeten voorstellen, met duidelijke uitleg van het recht van zwijgen en voorbehoud van alle betrokkenen. Ook waarnemingen buiten de lijkschouw en terloops verkregen informatie zullen door de zeef van de zwijgplicht moeten alvorens te kunnen worden doorgegeven aan officier van justitie of instanties.

De lijkschouwer overtuigt zich van de doodsoorzaak 'en de daartoe gebruikte middelen'. Hoe?

Afnemen van bloed of urine is niet gepast om dezelfde redenen als boven bij de lijkschouw gegeven. Moet het waarheidsgehalte van een intercollegiale mededeling worden getoetst aan een paar lege ampullen? Wat is gemakkelijker voor misleiding dan een paar lege ampullen bij een paar lege spuiten? Komt het leveren van bewijs in plaats van intercollegiaal vertrouwen?

Dan volgt er nog een totaal onbegrijpelijke aanwijzing: De lijkschouwer 'overlegt met betrokken instanties omtrent een verlof tot begraven'. In de Wet op de lijkbezorging staan voor de lijkschouwer maar twee mogelijkheden aangegeven: óf hij geeft een verklaring van (natuurlijk) overlijden af óf hij informeert de officier van justitie onverwijld met redenen waarom dat niet kan. Dat laatste mag niet meer in geval van euthanasie volgens de nieuwe procedure, want: 'Over de zorgvuldigheid van het handelen behoort de gemeentelijk lijkschouwer zich niet (langer) uit te laten'.

Geforceerde regelgeving

Prof. Legemaate geeft niet aan of er in de nieuwe procedure een ander model-formulier komt voor de lijkschouwer. Het huidige formulier vraagt om verificatie door de lijkschouwer van rapporten en verkla-

ringen. Dit maakt duidelijk dat een ondertekening van verificatie hoogstens geloofwaardigheid op basis van subjectieve interpretaties van waarnemingen en geschriften kan inhouden. In de Wet op de lijkbezorging wordt aan de lijkschouwer slechts opgedragen door middel van alleen de lijkschouw te diagnosticeren, met het doel te schiften tussen natuurlijke en niet-natuurlijke doodsoorzaken.

De opdracht in de nieuwe procedure 'dat de lijkschouwer de benodigde bescheiden verzamelt, deze op duidelijkheid en volledigheid controleert en inzendt aan de daarvoor bestemde commissies' is een opdracht die past bij een deskundige secretaris en niet bij een gemeentelijk lijkschouwer en moet daarom als een oneigenlijke taak worden beschouwd voor een lijkschouwer.

Niet alleen vanwege het oneigenlijke van de opgedragen taak, maar ook vanwege het gemis aan mogelijkheden om de opdracht van verificatie of overtuiging te kunnen uitvoeren, is het optreden van de lijkschouwer ondoelmatig en niet doelgericht. Die taak kan daarom gezien worden als een politiek geforceerde, oneigenlijke en ook nog medisch onuitvoerbare opdracht.

Hoe is die geforceerde regelgeving ontstaan? Doordat anders-deskundigen (juristen) hebben geoordeeld dat thanatisch handelen van artsen in de stervensfase als relevant moet gelden ten aanzien van de aard, natuurlijk of niet, van de doodsoorzaak. Thanatisch handelen van artsen maakt de dood volgens de juristen niet-natuurlijk en op grond van de Wet op de lijkbezorging moet bij een niet-natuurlijke doodsoorzaak onverwijld de lijkschouwer worden verwittigd. Niet een juridisch deskundige maar een medisch deskundige bepaalt volgens de Wet op de lijkbezorging of een sterven van natuurlijke aard is. In artikel 7 van die wet staat: 'Hij die de schouwing heeft verricht, geeft een verklaring van overlijden af, indien hij overtuigd is, dat de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak.' Met 'hij' wordt een behandelend arts of een gemeentelijk lijkschouwer bedoeld en geen anders-deskundige. ■

De Wet op de lijkbezorging laat het ook op andere punten die medische deskundigheid vereisen, aan de individuele medisch-deskundige beroepsbeoefenaar over om aan de hand van 'de regelen der geneeskunst' te oordelen.

Een andere weg

Is er een andere en voor artsen acceptabeler weg dan Justitie en toetsingscommissies om de maatschappelijke wens van controle op levensbeëindigend handelen te verwezenlijken?

Ja: *op basis van vertrouwen in de medische stand de behandelend arts niet alleen verplichten tot het consulteren van een collega, maar die collega ook medeverantwoordelijk maken voor het besluit tot levensbeëindigend handelen.* Als twee artsen onafhankelijk van elkaar tot de

overtuiging komen dat euthanasie als enige mogelijkheid overblijft tot verlossing van het lijden in de laatste fase van de sterfensbegeleiding van een natuurlijke doodsoorzaak, moet dat laatste handelen als irrelevant met betrekking tot de aard van de doodsoorzaak worden opgevat. Als dan ook nog aan alle andere door overheid en KNMG aanvaarde voorwaarden voor euthanasie is voldaan, is er volgens de 'regelen der geneeskunst' volgens 'de standaard' gehandeld bij een natuurlijk gebeuren. De logische consequentie daarvan is dat de behandelend arts een verklaring van natuurlijke dood kan afgeven en dat de overledene zonder bemoeienis van lijkschouwer, Justitie of toetsingscommissies kan worden begraven of gecremeerd. Dan kunnen zo nodig twee artsen ter verantwoording worden geroepen.

Dan behoeven geen wetten of ethische regels te worden genegeerd of anders uitgelegd. Dan behouden benamingen en taken de inhoud zoals tot nu toe begrepen. Dan kunnen artsen zoals altijd, al is het elkaar steunend met zijn tweeën, hun eigen geweten als leidraad handhaven en hoeft de lijdende patiënt niet bevreesd te zijn dat de arts uit angst voor justitiële inmenging het onverdraaglijke laatste lijden tegen de wens en de wil van de patiënt onnodig laat voortduren. Dan hoeft de gemeentelijk lijkschouwer niet een onnodige politiek opgedrongen oneigenlijke en ook nog onuitvoerbare taak te verrichten. •

H.T.P. Cremers,
gemeentelijk lijkschouwer,
Rotterdam

De rol van de lijkschouwer bij de nieuwe euthanasieregeling

Toetsing of postbode?

C. Das

O P 1 NOVEMBER treedt een nieuwe euthanasieregeling in werking. Kern van de zaak is dat niet de officier van justitie in overleg met de gemeentelijk lijkschouwer het euthanasiegeval in eerste instantie beoordeelt, maar één van de vijf regionale commissies.

Zowel de officier van justitie als de lijkschouwer houdt in euthanasiezaken een minimale taak over (overigens zonder behoorlijk overleg hierover met de forensisch-geneeskundige beroepsgroep). De lijkschouwer behoeft slechts de doodsoorzaak vast te stellen (zijn primaire taak), de officier van justitie in te lichten dat er euthanasie (een niet-natuurlijke dood) heeft plaatsgevonden en de stukken die de arts die de euthanasie heeft verricht hem overhandigt 'na controle op leesbaarheid en volledigheid' door te sturen naar de regionale commissie. Wat de lijkschouwer moet doen als de stukken onleesbaar of onvolledig zijn, is niet duidelijk. De lijkschouwer dient geen nadere vragen te stellen, geen oordeel te vellen, kortom de zaak niet te toetsen. De officier krijgt van de lijkschouwer, die hem nog wel direct na de euthanasie moet bellen, slechts te horen dat er een euthanasie heeft plaatsgevonden, maar daar blijft het bij. De officier van justitie moet dan zonder nadere informatie een verklaring van geen bezwaar tegen begraven afgeven.

Of het Openbaar Ministerie bereid is deze minimale taak in deze vorm op zich te nemen, is een vraag die het zelf dient te beantwoorden. Wat de rol van de lijkschouwer betreft, het volgende.

Inconsequenties

Een theoretische discussie wie de aangevozen instantie is om euthanasiegevallen te beoordelen wil ik op deze plaats niet voeren, wel wil ik wijzen op inconsequenties in de voorgestelde regeling.

In de nieuwe regeling zijn vier categorieën van euthanasiegevallen vastgesteld waarin niet de regionale commissie de zaak moet beoordelen, maar (zoals ook nu gebruikelijk is) het openbaar ministerie, namelijk ten aanzien van:

- patiënten wier lijden primair van psychische oorsprong is;
- patiënten wier vermogen tot een weloverwogen euthanasieverzoek mogelijk gestoord was;
- minderjarigen, en
- wilsonbekwame patiënten (ook al hebben zij toen zij nog bij zinnen waren een euthanasieverklaring getekend).

Euthanasiegevallen die in één van de genoemde categorieën vallen, hebben zich in mijn praktijk als forensisch geneeskundige regelmatig voorgedaan.

Wie moet in de nieuwe situatie bepalen of één van deze uitzonderingsgevallen aan de orde is? De gemeentelijk lijkschouwer is naar mijn mening de aangewezen persoon, te meer daar hij gewoonlijk niet alleen inzage heeft in de stukken die naar de officier van justitie worden opgestuurd, maar ook (althans in de huidige situatie) in het overige medisch dossier. In de nu geldende regeling kan hij ook nadere vragen stellen, indien de stukken en het dossier vragen oproepen. Deze mogelijkheid van toetsing is voor de regionale commissies beperkter, zeker als zij (naar de bedoeling

schijnt te zijn) de zaak schriftelijk - dus zonder dat de arts voor de commissie verschijnt - zullen afhandelen.

Een tweede ondoordacht punt in de nieuwe regeling is, dat de mogelijkheid wordt opgehouden dat de regionale commissie de lijkschouwer bij twijfel om nadere informatie kan vragen. Welke vraag zou de lijkschouwer kunnen beantwoorden, als hij zich niet in de zaak mag verdiepen en slechts doet wat hem nu wordt opgedragen: schouwen, berichten aan officier van justitie en de stukken doorsturen?

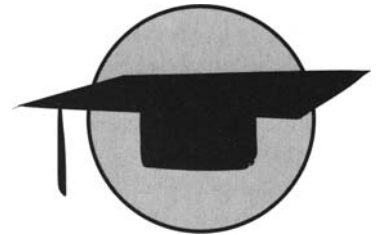
Mijn conclusie is dat de rol die de gemeentelijk lijkschouwer nu speelt en die gewaardeerd wordt door zowel de artsen die de euthanasie hebben verricht als door de officieren van justitie die de zaak moeten beoordelen, ten onrechte zeer wordt beperkt. Indien het wetsvoorstel-Van Boxtel realiteit wordt, krijgt de lijkschouwer overigens zijn huidige rol weer terug.

Ik bepleit dat de lijkschouwers, ook in de periode dat de regionale toetsingscommissies de hun toebedeelde rol zullen vervullen, hun huidige taak in euthanasiezaken op dezelfde wijze als tegenwoordig zullen blijven uitvoeren. In de nieuwe situatie, na 1 november, kunnen zij zowel de officier van justitie als de regionale toetsingscommissie een gefundeerd advies over de afhandeling van een verrichte euthanasie geven. •

mr. C. Das,
arts, hoofd Algemene Gezondheidszorg
GG & GD Amsterdam, forensisch geneeskundige en gemeentelijk lijkschouwer

Nieuwe ontwikkelingen in het medisch-oncologisch onderzoek

Om kankerpatiënten optimale zorg te bieden en vooruit te komen in de oncologie moet je samenwerken, de krachten bundelen en netwerken opzetten met andere disciplines. Uit de oratie die prof. dr. E.G.E. de Vries hield bij haar benoeming tot hoogleraar in de medische oncologie aan de Rijksuniversiteit Groningen hier het deel over het medisch-oncologisch onderzoek.



IN EEN academisch ziekenhuis omvat de taak van de medisch oncoloog: patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs. Deze drie onderdelen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Omdat oncologische patiëntenzorg altijd nóg beter kan, moet er onderzoek worden verricht, en alleen onderwijs staat garant voor de instroom van nieuwe, goed oncologisch geschoolde dokters. In dit artikel wil ik vooral ingaan op het onderzoek.

Preventie

Nieuwe laboratoriumtechnieken maken het op DNA- en eiwitniveau beter mogelijk om mensen en hun tumoren te typeren. In de toekomst zullen we mensen kunnen identificeren bij wie screening zin heeft om kanker te voorkomen of in een vroeg stadium op te sporen. Recente identificatie van mutaties in genen betrokken bij borstkanker, zoals het BRCA1- en -2-gen, en genen betrokken bij een erfelijke vorm van dikke-darmkanker, heeft het inzicht in familiair voorkomende tumoren wezenlijk veranderd. Deze mutaties kunnen leiden tot een sterk verhoogde kans op kanker. Dokters moeten door middel van onderzoek, maar ook samen met mensen uit de risicogroepen nog veel kennis opdoen om uiteindelijk de beste keuzen voor preventie te maken. Ook de maatschappij moet zich aanpassen aan deze snelle ontwikkelingen op sociaal, juridisch, ethisch en privacy-gebied.

Naast de genen waarin mutaties leiden tot een hoog kankerrisico zijn er waarschijnlijk genen die, indien gemuteerd, slechts een licht verhoogd kankerrisico geven. Opsporing van mutaties in deze genen kan leiden tot gerichte preventie van nog grotere groepen.

Het DNA in Noord-Nederland is relatief

immobiel en heeft weinig invloed van buiten de regio ondervonden. Veel mensen hier hebben gemeenschappelijke voorouders. Dit maakt deze regio bij uitstek geschikt om genen op te sporen die een rol spelen bij bijvoorbeeld het ontstaan van niet duidelijk familiale borstkanker.

Andere vormen van preventie zijn het aanpassen van voeding of medicamenteuze interventie, bijvoorbeeld aspirine en aspirine-achtige middelen ter preventie van coloncarcinoom, en tamoxifen of analogen ter preventie van borstkanker. Dit zijn terreinen waarop de medisch oncoloog moet meehelpen vooruit te komen.

Chemotherapie

Met chemotherapie probeert men tumorcellen rechtstreeks uit te schakelen. Deze

medicijnen worden afgevuurd op speciale doelwitten in de tumorcel, 'aangrijpingspunten' genoemd. Een bekend doel is het DNA, dat ligt opgeslagen in de celkern. Onderzoekers richtten zich aanvankelijk vooral op de analyse van de verschillende aangrijpingspunten en op de vraag wat het medicijn met de cel en wat de cel met het medicijn doet. Zo zijn er verschillende oorzaken gevonden voor het al dan niet gevoelig zijn van tumorcellen voor chemotherapie. Er zijn bijvoorbeeld diverse pompen in de membraan van tumorcellen ontdekt die binnengekomen medicijnen standte pede de cel uitwerken. Het medicijn mist zo zijn doel en de therapie slaat niet aan. De functie van deze membraanpompen is in vitro uitgebreid geanalyseerd. Twee pompen genieten binnen de oncologie belangstelling: de P-glycoproteïne (Pgp)-pomp, die het cytostaticum sec de cel uitwerkt, en MRP1, dat het cytostaticum alleen maar in gewijzigde vorm of in combinatie met een andere stof de cel kan uitwerken.

Over de mogelijkheid om de Pgp-pomp te remmen met relatief vriendelijke medicijnen is al veel bekend. Bij patiënten is gekeken of deze pomp een rol speelt bij ongevoeligheid van tumoren voor chemotherapie.¹ Blokkeren van de pomp met vriendelijke medicijnen en daarna chemotherapie blijkt tot nu toe helaas van beperkt nut.² De ontdekking dat Pgp helemaal niet specifiek is voor tumorcellen - ook normale cellen brengen pompen tot expressie - is interessant. Pgp komt eveneens voor in de lever, de darm en de bloed-hersenbarrière, en beschermt deze organen tegen giftige stoffen.

Ter illustratie iets meer over de bloed-hersenbarrière. Er loopt 700 km haarvaatjes door de hersenen. Op het vaatendo- **■**



Foto: Antoinette Borchert

theel van zo'n vat zit de Pgp-pomp. Die zorgt ervoor dat giftige stoffen, waaronder ook bepaalde cytostatica, snel vanuit de hersenen de bloedbaan worden ingepompt; dit verklaart waarschijnlijk voor een deel het ontstaan van tumoruitzaaiingen in de hersenen bij in eerste instantie succesvolle systeembehandeling. Deze pompen kun je met behulp van antilichamen in coupes van tumoren bekijken. Of de aangetoonde Pgp-pompen ook werken, is een ander verhaal.

Groningen biedt de mogelijkheid het functioneren van Pgp-pompen zichtbaar te maken met positron-emissietomografie (PET) en specifieke tracers. Door het labelen van een substraat voor een pomp is het mogelijk met een scan de weg die zo'n stofje bewandelt, te vervolgen.³ Op deze manier kan de kinetiek van Pgp-substraten in cellijnen, in proefdieren en sinds kort ook in mensen bestudeerd worden. Dierproeven toonden dat er een functionele bloed-hersenbarrière bestaat voor Pgp-substraten (figuur 1). Deze stoffen komen het brein niet in. Door de Pgp-pomp te verzadigen met andere, bij voorkeur vriendelijke Pgp-afhankelijke stoffen lukt het uiteindelijk om de hersenen binnen te dringen. Omdat ook minder toxische stoffen, zoals cyclosporine en steroïden bekende Pgp-substraten zijn, is het relevant ook niet-kankerpatiënten bij dit Pgp-onderzoek te betrekken. Met Longziekten en het PET-centrum wordt in een vrij extreme situatie gekeken naar de functie van Pgp in de bloed-hersenbarrière bij longtransplantatiepatiënten die tegen afstoting hoge doseringen cyclosporine en steroïden krijgen. Een aantal van hen ontwikkelt klachten van het centraal zenuwstelsel. Door juist deze patiënten voor en na therapie door middel van PET te scannen, hopen we antwoorden te krijgen op vragen als: wat is de oorzaak van de neurologische symptomen bij transplantatiepatiënten en wat is het nut van modulatie van de bloed-

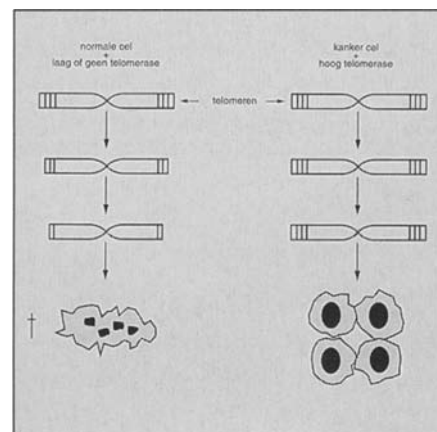
hersenbarrière met min of meer vriendelijke stoffen bij de kankerpatiënt?

Over de rol van de andere pomp, het MRP1, is minder bekend. In het AZG wordt gewerkt aan het opzuiveren van het MRP1-eiwit, in de hoop ooit een serie vriendelijke blokkers voor deze pomp te ontdekken. Immunohistochemisch onderzoek laat zien dat MRP1 vooral in het bronchusepitheel van de long zit. Analyse van de normale functie van de MRP1-pomp in het menselijke lichaam zal uiteindelijk inzicht verschaffen in het ontstaan van bepaalde longziekten. Dit kan misschien ook van nut zijn voor de kankerpatiënt. Helaas weten wij nog niet hoeveel onbekende pompen er tijdens het vergaren van deze kennis stiekem rustig doorpompen.

We zullen blijven zoeken naar nieuwe doelwitten voor medicijnen. Op dit moment krijgt het telomerase zeer veel aandacht. Normale cellen verliezen bij elke deling een stukje DNA aan het eind van hun chromosomen (figuur 2). Op een bepaald moment worden die chromosomen zo kort dat de cel sterft. In kankercellen is de telomerase-activiteit meestal verhoogd. Dit telomerase stelt de cel in staat bij elke deling het verloren gegane stukje DNA er weer aan te zetten. Dankzij telomerase kan de kankercel eindeloos delen. Telomerase-activiteit wordt gemeten in de hoop kankercellen in een vroeg stadium te kunnen opsporen.⁴ De interesse voor de toekomst gaat evenwel vooral uit naar het remmen van het telomerase om zo de tumorcel net als een normale cel te laten sterven.

Naast analyse van cellulaire aangrijpingspunten van cytostatica en hun metabolisme is er ook veel aandacht voor het mechanisme dat de cel in staat stelt na de aanval ook daadwerkelijk dood te gaan. Voor de geprogrammeerde celdood, ofwel het in apoptose gaan van de normale cel, lijken tal van genen verantwoordelijk. Al-

Figuur 2. Rol telomerase in normale en tumorcellen.



lerlei normale cellen worden op deze manier constant door het lichaam opgeruimd. Tumorcellen kunnen vaak niet goed meer in apoptose gaan.

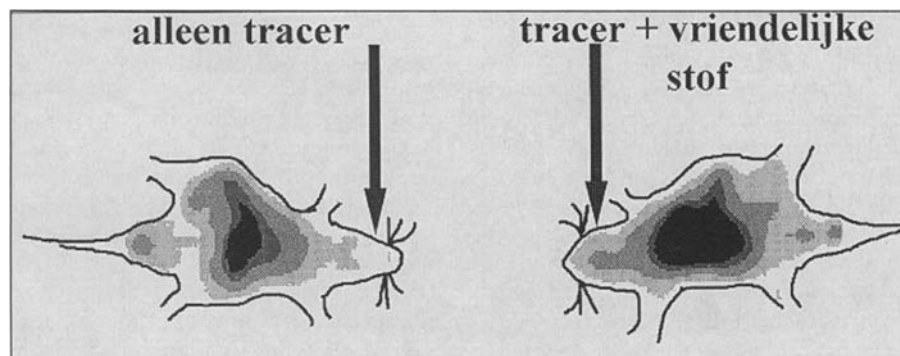
Normale of verhoogde expressie van een aantal genen, waaronder het tumorsuppressor-gen p53, lijkt van groot belang voor de cel om na schade door bijvoorbeeld cytostatica in apoptose te gaan (figuur 3). Transfectie van afwijkende p53-genen in een ovariumcarcinoom-cel lijn leidde tot ongevoeligheid voor belangrijke cytostatica. Gegevens in laboratorium- en dierstudies tonen nu dat normaliseren van het p53-gen door gentherapie de gevoeligheid van de tumor voor chemotherapie kan verhogen.

Bij klassiek medicijnonderzoek wordt de concentratie van het medicijn gemeten in bloedbaan en urine. Het belangrijkste is echter wat er gebeurt in en rond de tumorcel. Snelle en eenvoudige technieken om in de tumor medicijnconcentraties te meten en het doel van die medicijnen in de tumorcellen samen met genen die betrokken zijn bij de apoptotische route te bepalen, zullen in de toekomst beschikbaar zijn. Dit gaat hopelijk helpen bij rationele medicijnkeuzes voor de individuele patiënt.

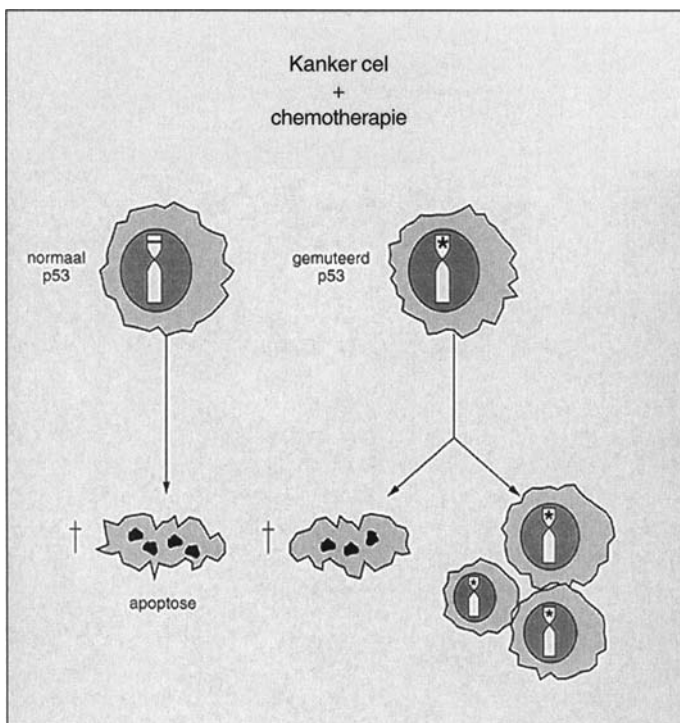
Immunotherapie

Naast het kijken naar en in de tumorcel zelf is er veel aandacht voor de omgeving van de tumorcel. Als normale cellen kankercellen worden, veranderen er soms bepaalde antigenen op het celoppervlak. Het eigen immuunapparaat probeert al vroeg kankercellen op te sporen en op te ruimen. Met immunotherapie wordt geprobeerd het eigen lichaam te steunen. Dit kan met stoffen als IL-2,⁵ of door specifieke vaccinatie met bijvoorbeeld gemodificeerde gedode tumorcellen om de cellen van het eigen immuunapparaat op te peppen. Ook met tumorspecifieke antilichamen,

Figuur 1. Ratten-PET-scan met radioactieve tracer, met en zonder een 'vriendelijke' stof die de P-glycoproteïne-pompfunctie blokkeert.



Figuur 3. Mogelijke rol p53 bij het in apoptose gaan van tumorcellen.



met daaraan een toxische cel of stofje, wordt geprobeerd selectief tumorcellen te doden. Opwindend is het onderzoek dat nu gaande is met menselijke dendritische cellen. Deze cellen, zo genoemd vanwege hun uitlopers, zijn de 'professionals' van het immuunapparaat in het vangen en presenteren van eiwitjes; ze zijn bij uitstek in staat als antigeen presenterende cellen rustende T-cellen te activeren om de tumorcel aan te vallen. Dendritische cellen kunnen buiten en waarschijnlijk ook in de mens worden opgeschaald en kunnen na het verwerven van een specifieke eigenschap de T-cellen gericht stimuleren. Ook streeft men ernaar de tumorcel herkenbaarder te maken voor het immuunapparaat, zodat het lichaam met behulp van zijn eigen T-cellen of monocyt/macrofagen de tumorcellen zelf doodmaakt.

Angiogeneseremming

Een andere optie is het met medicijnen beïnvloeden van de angiogenese: de vaatvoorziening van de tumoren. Normaal behouden in het lichaam de kleine bloedvaten hetzelfde aantal en dezelfde grootte. Een uitzondering is de baarmoeder. Hier kan de vaatvoorziening veranderen, maar deze toename in vaten wordt maandelijks weer gestopt. Dit is anders in tumoren. Stoffen uit de tumor zelf kunnen de bloedvoorziening van de tumor stimuleren. Als deze bloedvoorziening met medicijnen wordt verminderd, krijgt de tumor minder te eten en kan de tumor minder goed in leven blijven.

respons kan worden verhoogd door bepaalde genen in de tumorcellen of juist in gezonde, bijvoorbeeld dendritische cellen te plaatsen.

De grote uitdaging is om voor een optimaal resultaat de verschillende smaken, zoals chemotherapie, gentherapie en immunotherapie, te combineren tot een potente supermix zonder bijwerkingen.

Laboratorium- en klinisch onderzoek

Er komt een overweldigende hoeveelheid kennis beschikbaar over het gedrag van tumoren en hoe dat te beïnvloeden is. Deze in het laboratorium gegenereerde kennis gaat te snel om die tegelijk ten volle in de kliniek verder te kunnen uitzoeken. Maar deze bevindingen moeten niet in het laboratorium blijven hangen. Goede vertaling van de kennis uit het laboratorium naar de kliniek is erg belangrijk. Aanvankelijk relevant lijkende bevindingen in diermodellen blijken vaak voor de kliniek onbelangrijk te zijn, terwijl op het oog nietszeggende bevindingen juist een geweldige impact kunnen hebben. Het zuivere model van de getransfecteerde cellijn of de knock-out muis voor een bepaald gen blijkt vaak niet zo clean als gedacht. Het complexe model 'mens' verdient dus studie. Gegevens in de kliniek moeten weer tot nieuwe vraagstellingen in het laboratorium aanleiding kunnen geven. Om het probleem in al zijn facetten op te lossen, moet de cirkel rond zijn. Dit betekent dat er voldoende dokters moeten worden op-

Gentherapie

Onderzoek op het gebied van chemo- en immunotherapie heeft de interesse voor genoom-gebaseerde therapie en in het bijzonder gentherapie verhoogd. Herstel van de apoptotische machinerie door het aan- of uitschakelen van bepaalde genen, bijvoorbeeld p53, zou tumorcellen alsnog gevoelig kunnen maken voor chemotherapie. Het faciliteren van deze route zou ook andere behandelingsmogelijkheden, zoals immunotherapie, kunnen optimaliseren.

Ook de immuun-

geleid die collega's in het laboratorium begrijpen. Ze moeten daarvoor zelf liefst een tijd het laboratorium in.

Voor de medisch oncoloog is ook het puur klinisch onderzoek van essentieel belang. Dit onderzoek lijkt voor niet-clinici vaak weinig spectaculair. Maar toch: een medicijn dat regelrecht uit het laboratorium komt, moet eerst voorzichtig op mensen worden uitgetest (fase-I-studies). In fase-II-studies moet vervolgens het effect van de behandeling bij een bepaald tumortype worden uitgezocht. Ten slotte wordt in fase-III-studies het effect vergeleken met dat van andere behandelingen. Kleine veranderingen in bekende regimes kunnen belangrijke voordelen opleveren voor de patiënt. De laatste jaren is er bijvoorbeeld duidelijke vooruitgang geboekt op het gebied van het verminderen van de bijwerkingen bij de patiënt. Dit stelt ons weer in staat uit te zoeken of een hoge dosis chemotherapie met stamcelreïfusie de ongevoeligheid van tumoren kan omzeilen.

Kankeroverlevers

Er is een toename van het aantal patiënten dat kanker overleeft. In de Verenigde Staten leefde tussen 1986 en 1992 57% van de kankerpatiënten langer dan vijf jaar nadat een tumor ontdekt was. Toch moeten we ons realiseren dat het overleven van kanker consequenties kan hebben voor het lichamelijk, psychisch en economisch welbevinden van deze mensen. De behandelaars hoeven zich er niet voor te schamen dat zich na genezing langetermijneffecten van de ziekte en behandeling kunnen manifesteren. Een open oog hiervoor en aandacht voor onderzoek op dit gebied kan de kwaliteit van leven van de ex-kankerpatiënt sterk verbeteren. Initieel bestond voor dit onderwerp met name belangstelling bij kinderartsen. Bij volwassene is het probleem numeriek gezien veel groter, maar sterk onderschat. Onze bevolking veroudert, het aantal kankeroverlevers voor frequent voorkomende tumortypen neemt toe.

NCI USA heeft in 1996 de Office of Cancer Survivorship opgericht dat gaat kijken naar de langetermijn medische en psychosociale effecten, factoren die tweede tumoren voorspellen, problemen met de voortplanting bij deze mensen, en verzekerings- en werkgelegenheidsproblemen. Deze lijst is totstandgekomen in overleg met alle partijen, inclusief de kankeroverlevers.⁶

Testistumorpatiënten bleken geruime tijd na chemotherapie een hoger cholesterol te hebben en dikker te zijn dan hun leeftijdgenoten.⁷ Nu er veel patiënten zijn die langer dan tien jaar geleden succesvol zijn behandeld, moet onderzoek tonen wat dit voor gevolgen voor de patiënt heeft. ■

In Groningen is er een begin mee gemaakt te evalueren en te testen in hoeverre eicellen kunnen worden ingevroren om te zijner tijd aan de (ex-)kankerpatiënte te worden teruggegeven en ouderschap alsnog mogelijk te maken. Het is verrassend dat de neiging bestaat de ontwikkeling tot het terugplaatsen van eicellen bij de ex-kankerpatiëntes aan ethische discussies te onderwerpen, waarbij men lijkt te vergeten dat al jaren van mannen vóór de kankertherapie zaad wordt ingevroren.

In de schriftelijke consultatieronde van de Raad voor Gezondheidsonderzoek en de Overlegcommissie Verkenningen in 1996 kwam het onderzoek naar late gevolgen van kankertherapie als lage prioriteit uit de bus.⁸ Mijs inziens moeten wij er juist naar streven de langetermijnoverlevers zo min mogelijk bij een andere groep chronisch zieken te laten terechtkomen.

Belangrijk is dat Noord-Nederland door zijn heldere infrastructuur, goede kankerregistratie en consultensysteem, en vrij immobiele bevolking bij uitstek in staat moet zijn op dit gebied een voortrekkersrol te vervullen. Voor het AZG is interessant dat deze problematiek grote overeenkomst vertoont met die bij lang overlevende transplantatiepatiënten. •

prof. dr. E.G.E. de Vries,

afdeling Medische Oncologie, Interne
Geneeskunde, Academisch Ziekenhuis
Groningen

Literatuur

1. Zee AGJ van der, Hollema H, Suurmeijer AJ, Krans M, Sluiter WJ, Willemse PHB, Aalders JG, Vries EGE de. Value of P-glycoprotein, glutathione S-transferase pi, c-erbB-2, and p53 as prognostic factors in ovarian carcinomas. *J Clin Oncol* 1995; 13: 70-8.
2. Graaf WTA van der, Vries EGE de, Uges DRA, Meijer C, Nanninga AG, Vellenga E, Mulder POM, Mulder NH. In vitro and in vivo modulation of multi-drug resistance with amiodarone. *Int J Cancer* 1991; 48: 616-22.
3. Hendrikse NH, Schinkel AH, Vries EGE de, Fluks E, Graaf WTA van der, Vaalburg W, Franssen EJJ. Complete in vivo reversal of P-glycoprotein pump function in the blood-brain barrier visualized with positron emission tomography. *Br J Pharmacol* [in press].
4. Wisman GBA, Hollema H, Jong S de, Schegget J ter, Tjong-A-Hung S, Rutgers M, Krans M, Vries EGE de, Zee AGJ van der. Telomerase activity for (pre)neoplastic cervical disease in scrapings and frozen sections from patients with abnormal cervical smears. *J Clin Oncol* 1998; 16: 2238-45.
5. Sleijfer DTh, Janssen RAJ, Buter J, De Vries EGE, Willemse PHB, Mulder NH. Phase II study of subcutaneous interleukin-2 in unselected patients with advanced renal cell cancer on an outpatient basis. *J Clin Oncol* 1992; 10: 1119-23.
6. Cancer survivorship: a review of progress with an eye to the future. http://rex.nci.nih.gov/massmedia/CANCER_RESRCH_WEBSITE/SURVIVE.htm
7. Gietema JA, Sleijfer DTh, Willemse PHB, Schraafordt Koops H, Ittersum E van, Verschuren WMM, Kromhout D, Sluiter WJ, Mulder NH, Vries EGE de. Long-term follow-up of cardiovascular risk factors in patients given chemotherapy for disseminated nonseminomatous testicular cancer. *Ann Int Med* 1992; 116: 709-15.
8. Overlegcommissie Verkenningen, Raad voor Gezondheidsonderzoek, Amsterdam, 1996 [ISBN 90-6984-161-4].

MIJ EEN ZORG



Verzekerd?

NAAR ECONOMISCHE maatstaven en met financiële waarden gemeten staat de samenleving in Nederland er ogenschijnlijk goed voor. Bijna alle groepen in de samenleving gaan erop vooruit. Er bereiken ons echter in toenemende mate signalen dat vercommercialisering van de samenleving in het algemeen leidt tot een nieuwe tweedeling van de samenleving, namelijk in individuen met en individuen zonder een mogelijke aanleg voor ziekte of gebrek, met alle gevolgen van dien voor de verzekeraarbaarheid inzake ziektekosten, leven, pensioen en arbeidsongeschiktheid.

De verzekeraars hebben weliswaar onder grote maatschappelijke druk door middel van een moratorium de beperkingen van toegang tot verzekeringen bij mogelijk erfelijke predisposities opgeheven, maar de naamgeving 'moratorium' geeft al aan dat het niet in de bedoeling ligt dit voor onbepaalde tijd voort te zetten. Het komt dan ook steeds meer voor dat adviesvragers na een eerste gesprek alsnog afzien van het daadwerkelijk verrichten van erfelijkheidsonderzoek, vanwege de nadelige gevolgen die zijzelf en met name hun kinderen later, bijvoorbeeld na afloop van het moratorium, kunnen gaan ondervinden. Zij wijzen ons ook op de gevolgen die hun familieleden al ondervinden door de recente wijzigingen in de ziektewetpraktijk, zoals een strengere selectie bij de keuring, mede veroorzaakt door verzelfstandiging van bedrijfsgeneeskundige diensten en daarmee samengaande concurrentie tussen die diensten waar het gaat om werkgever-gerichte 'performance'. En dan, hoe veilig is het medisch dossier in handen van verzekeraars, die door middel van fusies en uitbreiding van activiteiten steeds meer gegevens van een en dezelfde cliënt verkrijgen, en via de gezinspolis voor ziektekosten ook nog risico-profielen voor individueel verzekerden kunnen opmaken waar de betrokkenen zelf geen weet van hebben? Gevraagd naar het privacyreglement kon geen van de medisch adviseurs mij dat toezenden. De recentelijk wel uitgebrachte gedragsregels geven echter reden tot zorg:

Artikel 4.1.2.f.II: ... verstrekking van persoonsgegevens aan personen buiten de verzekeringsinstelling is zonder toestemming van de betrokkene mogelijk op grond van een dringende en gewichtige reden ...;

Artikel 5.1.2. bepaalt weliswaar dat gegevens verkregen in het kader van een verzekering niet zonder toestemming van betrokkene gebruikt mogen worden voor het aangaan of de uitvoering van een andere verzekering, de huidige praktijk is echter meer en meer eerst polispakketten van verschillende verzekeringen te maken en die vervolgens om te zetten in één pakketpolis met een polisnummer, één verzekering. Wat is dan nog de werking van dit artikel?

De verzekeraars en de Registratiekamer hebben nog heel wat uit te leggen voor we ons gerust kunnen voelen met de gedachte dat we goed verzekerd zijn. •

prof. dr. D. Lindhout,

kinderarts-geneticus, afdeling Klinische Genetica, Academisch Ziekenhuis en Erasmus Universiteit Rotterdam, bijzonder hoogleraar klinische genetica, in het bijzonder de teratologie, benoemd door de Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (VSOP)

De pen gaat naar: dr. O.F. Brouwer, kinderneuroloog, hoofd van de kinderneurologie in het Leids Universitair Medisch Centrum.

MAANDELIJKE DOORGEËFCOLUMN

Arbeidsgeneeskundig spreekuur Leeuwarden

Splijtzwam op meerdere fronten

R.J. Bosma en P.H. Dijksterhuis

KORT GELEDEN openden Mellema en Blanksma in *Medisch Contact* (MC 1998/nr. 19, blz. 650) opnieuw de discussie rond het experimentele arbeidsgeneeskundig spreekuur in Leeuwarden. De auteurs vroegen de lezer te oordelen of hier sprake is van een splijtzwam of van een Robin Hood-idee. Aangezien Robin Hood stal van de rijken en uitdeelde aan de armen, lijkt het ons dat we in dit geval alleen kunnen spreken van een splijtzwam. Buiten de tweedeling in de maatschappij moeten we bij dit initiatief zeker ook vrezen voor tweedeling tussen huisartsen en bedrijfsartsen.

Mellema en Blanksma, respectievelijk tegenwoordiger van een zorgverzekeraar en van een ziekenhuis, zijn twee van de drie initiatiefnemers tot het experiment. Hun gemeenschappelijk doel is meer geld beschikbaar te krijgen. In werkelijkheid creëren de zorgverzekeraar en het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) een geldstroom voor eigen doel. Dat de werkgevers zich hiervoor laten gebruiken, en de lasten uiteindelijk toch bij de bevolking terechtkomen, vermelden de auteurs niet. Met de derde groep (Arbo-artsen), zijn wij, als huisartsen, sinds kort in gesprek.

In gevaar

Als uitgangspunt nemen de auteurs expliciet het belang van de werknemer/patiënt/verzekerde. Dat wordt gelijkgesteld met het opbouwen van medisch-specialistische expertise in de zin van een categoriale polikliniek. Het is echter maar de vraag of arbeidsgeneeskundige expertise in de tweede lijn noodzakelijk is. Tot nu toe is bij de bestaande centra nog niet aangetoond dat de aandoeningen er sneller mee overgaan. Het lijkt logischer die specifieke expertise bij de Arbo-arts te houden. Déze is degene die de klachten (al dan niet door arbeid veroorzaakt) zou moeten kunnen plaatsen in de context van de arbeid en de arbeidssituatie. Wij mogen toch aannemen dat de tweede lijn voldoende gespecialiseerd is om een afwijking te diagnosticeren en te behandelen, of die nu veroorzaakt wordt door arbeid, sport of andere oorzaken.

Er bestaat, afgezien van eerste hulp in zie-

kenhuizen, een prima direct aanspreekbare zorg in Nederland. De huisarts is voor spoedgevallen 24 uur bereikbaar, dus ook voor mensen die tijdens hun werk 's nachts wat krijgen. Is snelle diagnostiek noodzakelijk, dan heeft de huisarts daar ook snel toegang toe, al dan niet na overleg met de specialist; evenzo voor behandeling. Het werkelijke delay ligt in het behandeltraject (dus de wachtlijsten). Deze problematiek mag (politiek, maatschappelijk, en in de ogen van de LHV) niet worden opgelost via secundaire geldstromen en voorkeursbehandelingen, anders dan op medische gronden.

Het belang van de werknemer/patiënt is door dit initiatief niet bij voorbaat gediend. Integendeel: het loopt gevaar.

Een en ander zou kunnen leiden tot een tweede verwijzingslijn. De bedrijfsarts wordt immers degene die verwijst. Het hiervoor vereiste overleg met de huisarts lijkt een wassen neus om de poortwachtersfunctie op papier overeind te houden. De huisarts wordt tegenover zijn patiënt in een verdedigende rol gedrukt als hij de verwijzing blokkeert.

Dergelijke initiatieven leiden eerder tot wrijving tussen huisartsen en bedrijfsartsen dan dat ze het belang van de patiënt dienen. Veel zinvoller lijkt het dat van onderaf een goede samenwerking en communicatie wordt opgebouwd tussen de beide beroepsgroepen. Het wederzijds leveren van informatie kan worden verbeterd en geprotocolleerd, en er moet worden gestreefd naar gezamenlijke nascholing. Dit zou geheel conform het beleid zijn zoals het door de koepels (LHV en NVAB) is overeengekomen.

Er zijn meer kanttekeningen te plaatsen bij het initiatief.

Bij extra geldstromen (onaanvaardbaar in de ogen van de LHV) zou er geen capaciteitsprobleem zijn. Dit mag dan financieel kloppen, maar qua voorzieningen en mankracht klopt dit niet. Er dreigt nu al een tekort aan specialisten. Hoeveel specialisten zijn bereid om buiten hun reguliere zorg overuren te gaan maken voor een arbeidsgeneeskundig spreekuur?

De wachttijden voor GGZ en Spel bedra-

gen weken. Hoe kan in een multidisciplinaire setting een patiënt dan plotseling al de benodigde specialisten in één morgen zien, met een complete diagnose aan het einde van de dag?

Vervolgens wordt een behandelplan opgesteld (advies aan de verwijzers!), waarna de patiënt in het reguliere circuit terecht kan via verwijzing van de huisarts. Waar is nu de tijdwinst gebleven, die zo van belang is voor de werkgever? Tenzij we allemaal spoedverwijzingen gaan krijgen, die vervolgens de wachtlijstproblematiek weer vergroten.

Er wordt gesteld dat alleen arbeidsgerelateerde aandoeningen van het bewegingsapparaat naar de coördinerende orthopeed verwezen worden. Waarom moet die orthopeed dan vervolgens beoordelen of het tussen de oren zit? De nodige expertise en achtergrondinformatie bestaat al lang bij de huisarts.

Behoeft inventariseren

In plaats van zomaar een dergelijk plan in het veld van de gezondheidszorg neer te leggen, lijkt het logischer om eerst in een overleg van Arbo-artsen en huisartsen te inventariseren waaraan de meeste behoefte is. *Het probleem van de zieke werknemer moet worden opgelost in de driehoek huisarts/Arbo-arts/patiënt.* Er moet een werkbare overlegsituatie worden gecreëerd waarbij de expertise van beide disciplines tot haar recht komt.

Uiteraard hebben wij als huisartsen geen moeite met het uitbouwen van expertise in de tweede lijn. Maar het zou misleidend zijn te suggereren dat daarmee iets meer dan een heel kleine fractie van de arbeidsgeneeskundige problematiek zou zijn op te lossen. Vooruitgang in de geneeskunde moet toegankelijk zijn voor iedereen, ook eventuele toegenomen expertise op arbeidsgeneeskundig gebied. Aan wie dit uiteindelijk dan ten goede komt, daarop heeft de huisarts door zijn positie in de gezondheidszorg nog altijd het zicht. •

R.J. Bosma,

P.H. Dijksterhuis,
namens de DHV Friesland

De continuïteit van de zorg voor mensen met kanker

Huisartsen en specialisten bereiken consensus over verbetering

Ruth Hammelburg, Wim Bender,
Renée Otter en Robbert Sanderman

Continuïteit van de zorg voor mensen met kanker vraagt om afstemming van die zorg tussen eerste en tweede lijn: wat moet waar gebeuren en door wie? In het Noorden des lands zijn de lijnen daarover gaan brainstromen. Het leidde onder meer tot een door beide partijen (aan)gedragen richtlijn voor huisartsen en specialisten.

DE GEZONDHEIDSRAAD heeft in zijn rapport over de kwaliteit en de taakverdeling in de oncologie gesteld dat het waarborgen van de continuïteit van zorg inhoudt dat de communicatie tussen de huisarts, de wijkverpleegkundige, de specialist en de verpleegkundige op de polikliniek een duidelijke structuur heeft: duidelijk moet zijn wat thuis en wat in het ziekenhuis dient te gebeuren; er moet afstemming van de zorg zijn.¹ In dit artikel wordt verslag gedaan van een project van het Integraal Kankercentrum Noord-Nederland (IKN) met als doel de continuïteit van de zorg in de eerste en de tweede lijn voor mensen met kanker te verbeteren.

Achtergrond

De kern van de continuïteit van de zorg voor mensen met kanker is de samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Het Basistakenpakket van de huisarts vermeldt dat tekortkomingen in samenwerking kunnen worden veroorzaakt door persoonsgebonden, professiegebonden en systeemgebonden belemmeringen.² Spreeuwenberg acht het bereiken van continuïteit in de zorgverlening vooral afhankelijk van de bereidheid van huisartsen en specialisten tot wederzijdse afstemming.³ Volgens Sprijc.s. worden samenwerking en afstemming gehinderd door verschillen in taakopvatting, tekort aan inzicht in elkaars functioneren, en door gebrekkige communicatie.⁴ Schadé stelt dat de huisarts zich wel verantwoordelijk voelt voor de continuïteit van de zorg, maar zich hierin te weinig profileert.⁵ De communicatie tussen huisartsen aan specialisten laat te wensen over. Engelman en Geertsema concluderen in hun proefschrift over de kwaliteit van verwij-

zingen dat de huisarts bij verwijzing de reeds verrichte diagnostiek en therapie slechts gedeeltelijk vermeldt en dat de vraagstelling vaak niet duidelijk is.⁶ Van der Woude en Dokter geven in hun artikelen over de communicatie over mensen met kanker aan dat specialisten huisartsen slecht bereikbaar vinden en dat bij verwijzing onvoldoende informatie wordt verstrekt.^{7,8}

Mulder signaleert knelpunten in de communicatie rond oncologiepatiënten.⁹ Specialisten blijken soms weinig inzicht te hebben in wat de huisarts aan kankerpatiënten te bieden heeft. Zij kennen aan huisartsen een kleiner taakgebied toe dan huisartsen aan zichzelf toeschrijven. Daarnaast hebben zij geen eenduidig beeld van de deskundigheid van huisartsen, en hebben zij onvoldoende zicht op de thuiszorg. Specialisten geven vaak onvoldoende informatie aan huisartsen over de bijwerkingen van behandelingen; de huisarts benadert de specialist hierover dikwijls, maar de specialist de huisarts zelden. Huisartsen van hun kant hebben vaak het gevoel dat zaken ten aanzien van de patiënt in het ziekenhuis zich aan hun waarneming onttrekken. De huisarts moet er vaak zelf achteraan om de gewenste informatie te krijgen. Dat voedt het gevoel bij huisartsen dat zij niet echt meetellen. Mulder stelt dat het ontbreken van consensus over de onderlinge taakafbakening van huisarts en specialist nadelige gevolgen kan hebben voor de patiënt, die niet weet waar hij of zij voor welk probleem terecht kan.

Methoden

Fasen van het project

Het project bestaat uit drie fasen.

Fase 1: a. een inventarisatie met behulp van schriftelijke vragen onder huisartsen en specialisten over de onderlinge afstemming en taakafbakening, en b. een inventarisatie onder patiënten over de verleende zorg.

Fase 2: het houden van consensusbijeenkomsten met huisartsen en specialisten om te komen tot afspraken over onderlinge afstemming en taakafbakening, en over het invoeren van de gemaakte afspraken.

Fase 3: een vervolgmeting onder artsen en patiënten - met vragen die overeenkomen met de vragen uit de eerste fase - om na te gaan of de consensusafspraken hebben geleid tot een ander oordeel over de zorg.

Het project is in het voorjaar van 1996 gestart en is in het voorjaar van 1998 afgerond. In dit artikel worden de resultaten beschreven.

Vragenlijsten

Om de taakopvattingen en verwachtingen van huisartsen en specialisten over zichzelf en over elkaar te inventariseren, is een lijst met 68 vragen opgesteld rond enkele 'momenten' tijdens de ziektegang van de patiënt. Bij de keuze van de vragen is het Zorgprotocol 'Borstkanker' de leidraad geweest.¹⁰ De basis van dit protocol is een zogeheten Momentenlijn, waarin is aangegeven welke fasen mensen met borstkanker doorlopen op hun weg van indicatie naar diagnose, behandeling, nabehandeling en controle. Uit de Momentenlijn zijn zes momenten voor de vragenlijsten geselecteerd, omdat bij deze momenten vaak sprake is van onduidelijkheid in de taakafbakening tussen huisartsen en specialisten. De gekozen (meet-)momenten staan in het kader vermeld. De vragen gaan per meetmoment over de bestaande situatie en worden steeds afgesloten met een vraag naar de tevredenheid met deze situatie. De huisartsen en specialisten krijgen dezelfde vragenlijst voorgelegd, waarbij de vragen aan elkaar zijn gespiegeld. Door de vragen te spiegelen kan inzicht worden verkregen in de taakopvatting die huisartsen en specia- **2**

listen hebben over zichzelf en over elkaar. De vragenlijst voor de artsen heeft zijn definitieve vorm gekregen na een proefonderzoek bij drie huisartsen en drie specialisten. De vragenlijst voor de patiënten heeft zijn definitieve vorm gekregen na een proefonderzoek bij vijf patiënten.

Huisartsen en specialisten

Het project is uitgevoerd in een regio waar huisartsen hun patiënten voornamelijk naar één ziekenhuis verwijzen. Hiervoor is de medewerking gevonden van de specialisten van het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen (WZA) en van de Regionale Huisartsen Vereniging (RHV) Noord- en Mid-den-Drente in het adhaerentiegebied van het ziekenhuis. Er zijn 76 huisartsen en 12 specialisten (vier internisten, vier chirurgen en vier gynaecologen) voor het project benaderd. Ter ondersteuning van het project is een begeleidingscommissie van huisartsen, specialisten en oncologisch verpleegkundigen gevormd.

Patiënten

Het onderzoek is beperkt tot patiënten die worden behandeld voor een mammacarcinoom, een colon/rectumcarcinoom en/of een ovariumcarcinoom. De afdeling Kankerregistratie van het IKN heeft 98 patiënten voor deelname aan het project geselecteerd.

Resultaten

Fase 1

Van de huisartsen (n = 76) beantwoordde 66 procent de vragenlijst, van de specialisten 83 procent (n = 12) en van de patiënten 64 procent (n = 98).

Nu worden eerst enkele gegevens over de satisfactie van huisartsen en specialisten gepresenteerd. Vervolgens worden de door huisartsen en specialisten gesignaleerde knelpunten en de door huisartsen en specialisten gegeven aanbevelingen vermeld. Daarna worden de resultaten van de patiëntenenquête weergegeven. De Romeinse cijfers verwijzen steeds naar de in het tekstkader vermelde meetmomenten.

Satisfactie artsen

I. Specialisten zijn over het algemeen

minder tevreden over de verwijzing dan huisartsen.

II. Huisartsen en specialisten zijn wel tevreden over het eerste consult bij de specialist.

III. Huisartsen als specialisten zijn meestal tevreden over het slecht-nieuws-gesprek.

IV. Huisartsen zijn minder tevreden over de ontslagdag dan specialisten.

V. Huisartsen zijn ook minder tevreden over de (na)behandeling.

VI. Ook waar het gaat over uitzaaingen zijn de huisartsen minder tevreden.

Knelpunten en aanbevelingen artsen

I. * Wanneer patiënten worden verwezen, dient de huisarts de patiënt goed uit te leggen waarom de verwijzing plaatsvindt. (specialisten)

* De wachttijden na verwijzing zijn vaak te lang. Wanneer de huisarts het initiatief neemt, kan de patiënt meestal snel worden gezien. (huisartsen)

II. * In de meeste gevallen attendeert de huisarts de patiënt niet op de mogelijkheid een familielid/partner, etc. mee te nemen naar het eerste consult. (specialisten)

* De berichtgeving door de specialist aan de huisarts kan sneller. (huisartsen)

III. * Specialisten informeren huisartsen niet altijd wanneer de behandeling van start gaat. (huisartsen)

* Specialisten geven aan dat zij dit juist wel doen.

IV. * Voorlopige ontslagberichten zijn vaak summier c.q. onleesbaar. De echte ontslagbrief laat te lang op zich wachten. Er moet meer duidelijkheid worden gegeven over therapie en prognose en over wat aan de patiënt is meegedeeld. (huisartsen)

V. * De taakverdeling huisarts/specialist is onduidelijk. De huisarts wordt te weinig bij de behandeling betrokken. Er heerst onduidelijkheid bij patiënt en huisarts over de rol van de huisarts. (huisartsen)

* De communicatie met huisartsen is soms moeizaam. Helaas gaan huisartsen niet goed in op bepaalde problemen en schuiven deze dan maar door naar de specialist. (specialisten)

VI. * Er is geen goed overleg met de specialisten. Huisartsen komen pas aan bod als de specialist technisch is uitbehandeld. (huisartsen)

Patiëntenenquête

De patiënten hebben de vragen als volgt beantwoord:

I. 85 procent van de respondenten is tevreden over de verwijzing.

II. 85 procent is tevreden over het eerste consult. Ruim 40 procent zegt dat de huisarts niet heeft aangeraden iemand mee te nemen naar het eerste consult bij de spe-

cialist. Van de respondenten geeft 50 procent aan dat de specialist de patiënt niet heeft aangeraden na het eerste consult contact op te nemen met de huisarts.

III. 82 procent is tevreden over het verloop van het slecht-nieuws-gesprek. Van de respondenten antwoordt 45 procent dat de huisarts hun niet heeft aangeraden iemand mee te nemen naar dit gesprek. 56 procent geeft aan dat de specialist er niet op heeft gewezen contact op te nemen met de huisarts om over de uitslag te praten.

V. De helft van de respondenten geeft aan dat de huisarts de voorgestelde behandeling niet met de patiënt heeft besproken. Eveneens de helft vindt dat de huisarts een rol kan vervullen tijdens de periode vóór de behandeling. De vraag of de patiënt met de huisarts heeft overlegd over keuzes en mogelijkheden in de behandeling wordt door 27 procent bevestigend en door 46 procent ontkennend beantwoord.

Uit de antwoorden blijkt dat vooral het natraject, de periode na ontslag uit het ziekenhuis, voor patiënten veel problemen behelst. Vooral tijdens de (na)behandelingen lijken duidelijke afspraken tussen huisartsen en specialisten zeker niet overbodig.

Fase 2

Op grond van de door de huisartsen en de specialisten gesignaleerde knelpunten en gegeven aanbevelingen zijn een dertien stellingen geformuleerd. Vervolgens zijn de huisartsen (n = 76) en de specialisten (n = 12) uitgenodigd voor een *consensus-bijeenkomst* in het Wilhelmina Ziekenhuis te Assen. Aan deze eerste consensus-bijeenkomst hebben 32 huisartsen (42 procent) en acht (67 procent) specialisten deelgenomen. Daarbij zijn de stellingen in acht deelgroepen bediscussieerd, waarop plenair nieuwe afspraken zijn gemaakt. Daarna is een tweede consensus-bijeenkomst belegd om de gemaakte afspraken te toetsen aan de antwoorden van de patiënten. De *tweede bijeenkomst* werd bijgewoond door 20 huisartsen (26 procent) en 5 specialisten (42 procent). In de tweede consensusbijeenkomst zijn nadere afspraken gemaakt. Deze afspraken hebben geleid tot een conceptrichtlijn, die acht aanbevelingen omvatte. De conceptrichtlijn is in de zomer van 1997 verzonden aan alle huisartsen en specialisten in het adhaerentiegebied van het Wilhelmina Ziekenhuis te Assen.

Fase 3

Om vast te stellen of de aanbevelingen uit de conceptrichtlijn daadwerkelijk worden toegepast in de dagelijkse praktijkvoering en ook leiden tot meer tevredenheid

Meetmomenten

- I Verwijzing
- II Eerste consult bij de specialist
- III Slecht-nieuws-gesprek
- IV Ontslagdag
- V (Na)behandeling
- VI Uitzaaingen

over de zorg, is in het najaar van 1997 bij een nieuwe groep patiënten (n = 40) nagegaan hoe zij tegen de zorg aankijken. De respons bedroeg 75 procent.

Aan de uitkomsten van de tweede enquête onder patiënten en onder huisartsen en specialisten is een *derde consensusbijeenkomst* gewijd. Aan deze consensusbijeenkomst is deelgenomen door 40 huisartsen (53 procent, n = 76) en zes specialisten (50 procent, n = 12). De belangrijkste conclusies die bij de laatste consen-

susbijeenkomst zijn getrokken luiden:

1. Het aantal patiënten dat vindt dat de huisarts een rol kan vervullen in de periode voorafgaand aan de behandeling is gestegen.
2. Na ontslag uit het ziekenhuis heeft de huisarts een begeleidende taak naar de patiënt en is de huisarts het aanspreekpunt voor de patiënt bij eventuele problemen.

De uitkomsten van de tweede patiënten-enquête en de bespreking tijdens de derde

consensusbijeenkomst hebben geleid tot enkele aanpassingen van de concept-richtlijn. Op 1 april 1998 is de definitieve Richtlijn (*kader*) aan alle huisartsen en specialisten in de regio verzonden.

Tot slot moet de aandacht worden gevestigd op het feit dat de deelnemende huisartsen en specialisten in een proces van overleg met elkaar consensus hebben bereikt over de verbetering van de continuïteit van de zorg voor mensen met kanker. Gezamenlijk hebben zij in enkele consensusbijeenkomsten een richtlijn geformuleerd. De verwachting is dat door de wijze waarop die richtlijn tot stand is gekomen de aanbevelingen ook daadwerkelijk in praktijk zullen worden gebracht. •

Met dank aan de huisartsen, specialisten en oncologisch verpleegkundigen van de begeleidingscommissie.

mw. drs. R. Hammelburg,

onderwijskundige, projectleider Integraal Kankercentrum Noord-Nederland

dr. W. Bender,

onderwijspsycholoog, hoofd Bureau Onderzoek van Onderwijs, Faculteit der Medische Wetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen

mw. dr. R. Otter,

internist, directeur Integraal Kankercentrum Noord

dr. R. Sanderman,

psycholoog, Noordelijk centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Basiseenheid Klinische Psychologie, Rijksuniversiteit Groningen

Project 'Verbetering van Continuïteit van Zorg in de Eerste en Tweede Lijn bij Patiënten met Kanker'

RICHTLIJN

voortgekomen uit de enquête en de daarop volgende plenaire discussie tijdens de nascholingsbijeenkomsten op 13 februari, 2 april 1997 en 18 februari 1998 in het Wilhelmina-ziekenhuis te Assen

Verwijzing huisarts	AANBEVELING 1
	• <i>Indien een huisarts bij een patiënt een sterk vermoeden heeft van een maligniteit, bericht de huisarts dat vermoeden duidelijk naar de specialist en wordt op korte termijn een afspraak gemaakt.</i>
huisarts	• <i>De huisarts informeert de patiënt over de reden waarom hij/zij verwezen wordt.</i>
Eerste consult huisarts	AANBEVELING 2
	• <i>De huisarts adviseert de patiënt iemand mee te nemen naar het eerste consult bij de specialist.</i>
specialist	AANBEVELING 3
	• <i>De specialist rapporteert de diagnose - zodra deze bekend is - aan de huisarts.</i>
Slecht-nieuws-gesprek specialist	AANBEVELING 4
	• <i>Huisartsen willen graag een verkort protocol in bezit hebben, in het bijzonder bij chemotherapie; bij voorkeur op A4 met belangrijkste zaken, bijwerkingen etc.</i>
specialist	AANBEVELING 5
	• <i>In het slecht-nieuws-gesprek adviseert de specialist de patiënt contact op te nemen met de huisarts.</i>
Ontslagdag specialist	AANBEVELING 6
	• <i>De ontslagen patiënt krijgt een adequate en duidelijk leesbare ontslagbrief mee met het verzoek deze bij de huisarts af te leveren en contact op te nemen met de huisarts over zijn/haar thuiskomst.</i>
(Na)behandeling specialist	AANBEVELING 7
huisarts	De taakverdeling is in principe als volgt:
	• 1. In ieder geval medisch technisch in handen van de specialist;
	• 2. <i>Ten aanzien van de thuissituatie dient de huisarts zich ervan te vergewissen dat er sprake is van begeleiding in enige vorm:</i>
	- <i>De huisarts stelt zich - na ontslag - zo spoedig mogelijk op de hoogte van de lichamelijke en psychosociale toestand van de patiënt.</i>
	- <i>De huisarts stelt zich op de hoogte van gemaakte afspraken ten aanzien van eventuele nabehandeling + controle-afspraken.</i>
Uitzaaiingen specialist	AANBEVELING 8
	• <i>De specialist adviseert - na het geven van zorgvuldige en voldoende informatie - de patiënt over de behandeling van een (gemetastaseerd) carcinoom.</i>
specialist huisarts	• <i>De specialist informeert de huisarts over het gegeven advies.</i>
	• <i>Ten tijde van al dan geen behandeling heeft de huisarts een begeleidende taak naar de patiënt en is het aanspreekpunt bij eventuele problemen.</i>
huisarts	• <i>In het verdere beloop houdt de huisarts de specialist op de hoogte van de bevindingen (inclusief het eventueel overlijden van een patiënt).</i>

Literatuur

1. Kwaliteit en taakverdeling in de oncologie. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1993.
2. Landelijke Huisartsen Vereniging. Basispakket van de huisarts. Utrecht: LHV, 1983.
3. Spreeuwenberg C. Over huisartsen en specialisten. Medisch Contact 1994; 49: 315.
4. Sprij B, Casparie AF, Lako CJ. De management-taak van de huisarts. Noordwijk: Zilverenkruis Ziektekosten, 1992.
5. Schadé E. Overleden patiënten [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1986.
6. Engelsman C, Geertsema A. De kwaliteit van verwijzingen [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1994.
7. Wouden JC van der, Dokter HJ. Samenwerking tussen huisarts en specialist bij mensen die lijden aan kanker: 1. Knelpunten geïnventariseerd. Medisch Contact 1989; 44: 959-61.
8. Wouden JC van der, Dokter HJ. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten bij patiënten met kanker. Huisarts Wet 1989; 32: 51-5.
9. Mulder MJ. Communicatieproblemen rondom oncologiepatiënten. Een inventarisatiestudie. [Doctoraalscriptie] Groningen: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen, 1994.
10. Nederlandse Instituut voor Zorg en Welzijn. Zorgprotocol 'Borstkanker': Momentenlijst. Utrecht: NIZW, november 1994.

Tropenarts in Zambia

Het begin

WE ZIJN allang blij dat we een plek hebben, schreef ik eerder. De plek was er; er was een huis, en dat was zelfs leeg. Mijn spullen kwamen er ook snel en bleken niet eens zo nutteloos als gevreesd. Veel overbodigs, dat wel, en juist mijn computer begaf het al na twee dagen.

De eerste vier maanden kwam er vooral veel water uit de lucht en door het dak, maar niet uit de kraan. Het huis staat op een berg, en dat nam ik maar als verklaring aan. Dit wonen op de berg heeft weer als voordeel dat er aan de voorkant een prachtig uitzicht is over de vallei. De tuin aan de achterzijde begint nu iets terug te geven van wat er in de regentijd gezaaid is. De opbrengst is zelfs dubbel zoveel als verwacht. Als ik radijsjes eet, wil de jongen die in de tuin werkt liever de blaadjes klaarmaken. Ook de bladeren van pompoen, boontjes of rode biet eindigen niet op de composthoop maar worden graag geserveerd bij de dagelijkse nsijima (dikke maïspap).

Opzij van mijn huis is een zandpad, waarlangs water spontaan omhoog borrelt, dat me tot nu toe heeft gered van al te grote vervuiling. Vanaf hier is het ongeveer een kwartier lopen tot aan de muur van het ziekenhuis onderaan de berg. Luwingu District Hospital heeft het zeven maanden zonder dokter moeten doen, nadat mijn voorganger in mei vorig jaar is vertrokken. We hebben elkaar wel een paar keer ontmoet in Rotterdam. Hij had mooie foto's en vertelde mooie verhalen en ik had veel vragen over wat ik mee moest nemen en wat er wel was, en vooral wat er niet was ... Min of meer dacht ik toch wel te weten wat me te wachten stond. Ik weet niet of hij veel niet verteld heeft of dat ik veel vergeten ben. Dat doet er eigenlijk ook niet zoveel

toe; autorijden leer je immers ook pas nadat je je rijbewijs hebt gehaald en eenmaal alleen achter het stuur zit.

Regina is 11 jaar. Ze voelt zich niet echt lekker en ze moet aldoor haar linkerarm omhoog houden, als een soort vleugeltje. Haar jurk past ook niet goed en er hangt een vreemde lucht om haar heen. Ze heeft vier uur gelopen, voordat ze met haar moeder bij de 'African doctor' aankwam die haar van de bij haar aanwezige 'bad spirits' moest bevrijden. Terwijl ze daar stonden te wachten, zijn ze toevallig uit de rij geplukt door een van de verpleegkundigen uit ons ziekenhuis. Hij heeft onder haar vleugeltje gekeken en haar moeder overgehaald mee te komen naar de polikliniek. Voordat ze mijn spreekkamer binnen-

Esther Scheers

komt heeft ze al een poetsbeurt gehad in de behandelkamer.

Ik knoop haar jurkje los en in haar linkeroksel blijkt een roze bloemkool met een sausje van pus te zijn gegroeid. De huid eromheen is geheel teruggetrokken en het geval zit muurvast in de omliggende weefsels. Godallemachtig, denk ik, wat is dit nu weer? Dit heeft er tijdens mijn 'rijlessen' ook nooit bij gezeten.

Hoe lang dit er al zit? 'Ruim een jaar', zegt de moeder. Groeit het? 'Nou, nee'. Tsja, hoe het dan zo groot geworden is. Een tumor? Lymfeklieren? TB? Wat het ook is, het moet eruit en ik vraag de moeder toestemming om te opereren. 'Dat is moeilijk', zegt ze, 'want de vader is er niet en die gaat erover.' Deze regel kan ik maar moeilijk onthouden. Een opname dan maar, om tijd te winnen en om haar te overtuigen. Ik neem het risico dat ze ja

zegt, maar de volgende dag verdwenen is. Ze stemt toe.

In de daaropvolgende dagen blijkt de moeder meegaander dan verwacht. Op haar man wachten kan nog lang duren, dus ik 'kan mijn gang gaan', zegt ze letterlijk.

Op dinsdag- en donderdagmiddag doe ik geplande operaties. De OK is een bloedheet hok van ongeveer drie bij vier meter. De verf op de muur is van zeven jaar terug en bladdert er vrolijk van los, een TL-buis boven de tafel. Verder zijn wasbak, autoclaaf en alles wat ik liever buiten de deur zou willen hebben in dezelfde ruimte verzameld. Steriliteit is een illusie. Hier ga je dus alleen naar binnen als het echt nodig is of de ingreep niet al te moeilijk.

Mijn OK-assistente is een van de schoonmaaksters uit het ziekenhuis en de Clinical Officer rommelt wat met infuus en ketamine. Anesthesie is improviseren en blijft eng. Ook Regina geeft die middag de nodige hindernissen door de bijwerkingen van dat spul: spugen, schreeuwen, zwaaien met beide armen, en tussendoor is er altijd wel mijn angst: 'Ademt ze nog wel?' We hebben geen zuurstof, intuberen kan niet. Tijdens deze operatie ben ik wel weer erg dankbaar voor al die keren haakjes vasthouden bij mamma-amputaties en okselklier toiletten.

Wat het geweest is? Geen idee, maar na drie weken is Regina weer naar huis gegaan. De wond was mooi dichtgegranuleerd. Ze houdt nog steeds haar linkerarm omhoog, alsof ze er nog niet aan kan wennen dat er geen slechte geest onder woont. •

Esther Scheers, tropenarts,
bericht op gezette tijden uit Zambia

Wordt de huisarts ook poortwachter van de care-voorzieningen?

J.W. van Oven en B. Meyboom-de Jong

Er is veel voor te zeggen om ook in de care-sector de huisarts als verwijzende instantie een poortwachtersfunctie toe te kennen. Het lijkt logisch de huisarts een rol te laten spelen bij bijvoorbeeld het aanvragen en overdragen van medische informatie ten behoeve van de zorggerelateerde advisering. Juist bij ouderen, gehandicapten en chronisch zieken is de huisarts als regel nauw betrokken. Bovendien zal er met betrekking tot WVG-voorzieningen afstemming moeten zijn met de door de huisarts zelf te indiceren AWBZ-verstrekingen.

VANALLEARTSEN in ons land is de huisarts, als eerstelijns generalist, degene die door zijn positie in de gezondheidszorg een poortwachtersfunctie kan vervullen voor de intramurale gezondheidszorg. Dit betreft dan vooral de cure-voorzieningen. Immers, alleen spoedopnamen na trauma's of bij nacht en ontij worden buiten de huisarts om geëffectueerd. Uit een recent Nivel-onderzoek blijkt 25% van de verwijzingen buiten de huisarts om plaats te vinden,¹ maar in principe verlopen alle niet-spoedeisende verwijzingen naar ziekenhuisspecialisten en alle spoedeisende verwijzingen waarmee de huisarts eerst wordt geconfronteerd, via de huisarts. Deze poortwachtersfunctie dient enerzijds als bescherming tegen overmatige medicalisering, anderzijds stelt ze de huisarts in staat een volledig beeld te krijgen - en te houden - van de medische consumptie van de patiënt. De poortwachtersfunctie moet dan worden gezien als een gidsfunctie op het complexe terrein van de gezondheidszorg en zorgt ervoor dat de specialistische expertise van de tweede lijn optimaal wordt benut. Weliswaar gaat het in de sociaal-medische advisering met betrekking tot de care-voorzieningen niet om een klinisch medisch specialisme, maar de gidsfunctie is evenzeer van belang.

Het adagium van de huisartsen: de continue integrale zorg in de eerste lijn, is onlosmakelijk verbonden met deze poortwachtersfunctie. De continue integrale zorg kenmerkt zich eveneens door registratie en archivering met betrekking tot

de volledige breedte van de medische zorg. Dit uitgebreide medisch dossier wordt bovendien over een lengte van vele jaren geregistreerd. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de huisarts bij uitstek geschikt is als verstrekker van medische informatie aan andere artsen in de cure- en care-sector. Is het verstrekken van informatie in de cure-sector vanzelfsprekend een taak van de huisarts, merkwaardig is dat verwijzing in de care-sector veel minder gebruikelijk is, en het verstrekken van medische informatie aan artsen in de care-sector gepaard gaat met het sturen van een rekening.

In deze bijdrage vragen wij aandacht voor de discrepantie die is gegroeid tussen de cruciale rol van de huisarts als verwijzer in de curatieve zorg en de ondergeschikte rol van de huisarts als verwijzer in de care-sector. Dit item wint aan actualiteit doordat de vergrijzing, met name de dubbele vergrijzing, de behoefte aan care-voorzieningen onder de populatie sterk doet toenemen.

Het opvragen van medische informatie bij de huisartsen

Juist omdat de huisarts de enige medicus is met een longitudinaal en breed patiëntenarchief én omdat hij de spil is in de continue integrale gezondheidszorg thuis, bestaat er veel behoefte om medische informatie van de huisarts bij velerlei gezondheidszorggerelateerde beslissingen te betrekken. Van oudsher behoort bijvoorbeeld het adviseren aan verzekeringsgeneeskundigen tot de veelgevraag-

de medische informatieverstrekingen. Omdat de consequenties voor de patiënt in dergelijke gevallen meestal niet op het niveau van medische zorg sec liggen, maar te maken hebben met financiële nasleep (schadeclaims, smartegeldprocedures), is het reëel dat de overkoepelende organisatie van de huisartsen separate honorering adviseert.

Het KNMG-advies om het verstrekken van medische informatie op het gebied van verzekeringsgeneeskundigen apart te laten honoreren, is volstrekt invoelbaar en lijkt legitiem. Als we echter het verstrekken van medische informatie ten behoeve van de patiëntenzorg zo gaan benaderen, tast dat de centrale positie van de huisarts in de gezondheidszorg aan. Rolstoelen, aanpassingen in het huis (aangepaste keukens, traplift), urgentiebepaling voor aangepaste huisvesting en vervoersvoorzieningen worden vaak buiten mede-weten van de huisarts om verstrekt. Op het terrein van zorg blijkt de huisarts slechts ten dele nog een rol te spelen. Met name bij intramurale zorg in verpleeghuizen en verzorgingshuizen is de huisarts nog degene die een standaardaanvraag voorziet van de medisch relevante diagnoses en achtergrondinformatie. Deze informatie is juist door de kennis van de psychosociale componenten die relevant zijn voor de zorgvraag, van groot belang. Niet voor niets is met name de huisarts door zijn systeemtheoretische benadering (family medicine) goed op de hoogte van de motivatie en de draagkracht van de mantel.

Een door veel huisartsen gevoelde tekortkoming van adviserende en indicerende organen is het ontbreken van terugkoppeling van het advies. Waar de huisarts door middel van verwijzing en medische informatieverstreking nauw betrokken is bij de aanvraag, is het logisch en belangrijk dat hij of zij net als van de medisch specialist een (afschrift van) adviesrapportage ontvangt.² Vanuit de praktijk van sociaal-medische advisering op het gebied van WVG, IC en thuiszorg blijkt de medische informatie van de huisarts in vrijwel alle gevallen nuttig, in veel gevallen noodzakelijk. Zo zal een verzorgingshuis- 

aanvraag op grond van een door de adviseur uitgevoerde zorgvraaganalyse positief uitvallen bij een zorgbehoevende, alleenstaande oudere met een vlek op de long. Luidt de informatie van de huisarts echter 'een hersenmetastase', dan zal het advies veelal negatief zijn en opname in een verpleeghuis aan de orde zijn. Naast de *prognostiek* die op basis van de medische informatie kan plaatsvinden, is informatie over de *aanwezige mantelzorg* en over de *curatieve diagnostische en therapeutische inspanningen* tot het moment van aanvraag van groot belang.

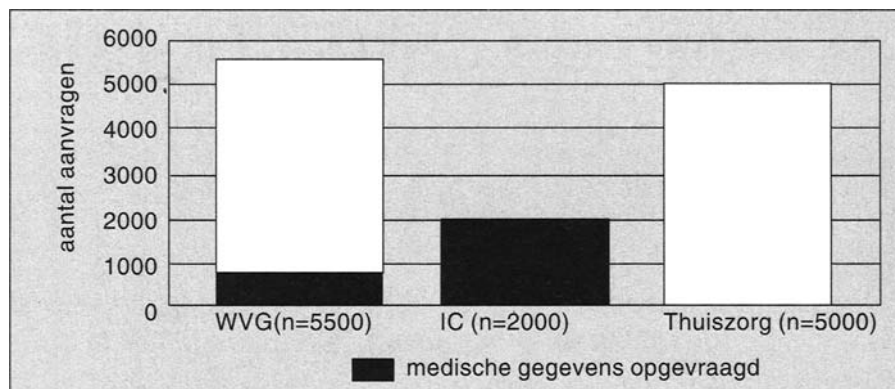
Illustratief voor dit laatste is een recente casus betreffende aanvraag voor definitieve opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis door een ander dan de huisarts, bij een bejaarde man met snel progressief cognitief verval. Na verwijzing door de adviserend arts naar de huisarts volgde nadere medische diagnostiek. In dit geval bleek dat het cognitief verval een gevolg was van een subduraal hematoom ten gevolge van hoofdtrauma. Na neurochirurgisch ingrijpen volgde ontslag naar huis.

Een veranderende gezondheidszorgstructuur

De laatste jaren legt de dure langdurige chronische zorg een dermate groot beslag op de algemene gezondheidszorgmiddelen dat de overheid de politieke keus heeft gemaakt om consumptie van deze zorg verantwoord af te remmen. Dit gebeurt door - waar mogelijk - dure langdurige intramurale zorg te vervangen door goedkopere vormen van zorgarrangementen. Deze substitutie vormt een centraal thema in het budgetbeheer, naast bevestiging van dure intramurale zorgcapaciteit.

Als instrument om substitutie zoveel mogelijk te effectueren, koos de overheid voor het concept van de onafhankelijke, geïntegreerde indicatiestelling. 'Onafhankelijk' staat vooral voor onafhankelijkheid van de *zorgverstrekker*, denk hierbij aan medewerkers van verpleeghuizen, verzorgingshuizen of thuiszorginstellingen. Inherent aan deze keuze is dat zorgdeskundigen buiten deze instituten moeten adviseren of indiceren voor de zorg binnen deze instituten. De geïntegreerde indicatiestelling brengt met zich mee dat de versnipperde indicatiestelling voor delen van zorgvoorzieningen en/of huisvesting aan elkaar worden gekoppeld. Uiteindelijk doel is te komen tot advisering en indicatiestelling door onafhankelijke deskundigen op het terrein van zorg (zowel thuis als intramuraal), wonen, en welzijn voor de doelgroepen gehandicapten, chronisch zieken en ouderen. Plannen van de overheid, zoals vastgelegd in de

Figuur. De relatie tussen het aantal aanvragen in 1996 en het aantal gevallen waarin medische informatie wordt opgevraagd voor de stand van de zorg.



Beleidsbrief,³ zijn wat deze ontwikkelingen betreft ambitieus. Kenmerkend voor de regionale ontwikkelingen op uitvoeringsniveau is dat naast de financier, de gemeentelijke overheid en de zorgverstreker, in ieder geval de consument een belangrijke stem in het geheel moet hebben. Langzamerhand tekenen zich nu per regio geïntegreerd werkende, min of meer onafhankelijke adviseringsbedrijven af, veelal vanuit de GGD, of als *public private partnership*-modellen tussen GGD, indicatiecommissie en zorgverstreker. Het einde van deze ontwikkelingen is nog niet in zicht. Door het invoeren van regionale indicerende organen die bestuurlijk verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg per 1 januari 1998, groeit er enige uniformiteit in de bonte verscheidenheid aan onafhankelijke, geïntegreerde indicatiestellingsorganen.

Medische informatie binnen onafhankelijke adviserende organen

Net als elders wordt er in de stad Groningen door het onafhankelijk geïntegreerd werkend indicatiëorgaan van uitgegaan dat de klant zelf zijn aanvraag indient. Bij alle thuiszorgindicatiestellingen was het beschikbaar zijn van medische informatie van de huisarts geen noodzakelijke conditie voor de start van de zorg. Bij de indicatiestelling voor intramurale zorg werd juist wel in vrijwel alle gevallen het aanwezig zijn van medisch relevante informatie verplicht gesteld voor het indicatieadvies. Bij de voorzieningen voor gehandicapten op het gebied van wonen, rolstoelen en vervoer, werd gekozen voor een middenweg. Aanvraag- en zorgvraaganalyse worden onafhankelijk van medische informatie van huisartsen verricht en alleen op verzoek van de adviseur wordt nog aanvullend informatie opgevraagd.

Uit de *figuur* blijkt dat in 15% van de WVG-

aanvragen in vrijwel 100% van de IC-aanvragen en nooit formeel bij thuiszorgaanvragen, medische informatie werd opgevraagd. De gegevens zijn gebaseerd op registratiegegevens van het Centraal Meldpunt Zorg (CMZ) van de stad Groningen. Dit CMZ is het uitvoerend orgaan van advisering op het gebied van gehandicaptenvoorzieningen (WVG), intramurale zorg (Indicatie Commissie taken, verpleeg- en verzorgingshuizen) en thuiszorg.

Pro's en contra's

Het lijkt logisch de huisarts een rol te laten spelen in het aanvragen en overdragen van medische informatie ten behoeve van de zorggerelateerde advisering. Juist bij ouderen, gehandicapten en chronisch zieken is de huisarts als regel nauw betrokken. Bovendien zal er met betrekking tot WVG-voorzieningen afstemming moeten zijn met de door de huisarts zelf te indiceren AWBZ-verstrekingen. Er is dus veel voor te zeggen om ook in de caresector de huisarts als verwijzende instantie een poortwachtersfunctie toe te kennen.

Ook vanuit het onafhankelijk indicierend orgaan zijn er belangrijke argumenten waarom in meer gevallen dan nu de adviseur moet beschikken over relevante medische informatie met betrekking tot diagnostiek, prognostiek en nog resterende therapeutische consequenties in de curatieve sector. Immers, enerzijds bestaat er behoefte aan het verifiëren van de door de patiënt aangedragen diagnoses, anderzijds is de bij de huisarts veelal bekende sociale context voor de advisering van groot belang. Voor wat betreft de diagnostiek is, zo blijkt uit de adviseringspraktijk, vooral de comorbiditeit waar de huisarts kennis van heeft, in de zorgvraaganalyse van groot belang.

Veelal kunnen de zorgvraaganalyse, met daaropvolgend het vaststellen van manco's in de zorg en voorzieningen, en het

selecteren van beschikbare oplossingen, ook plaatsvinden door paramedici. Voor een goede onderbouwing van het advies zal echter altijd een medicus de diagnose en de prognose dienen vast te stellen. Praktisch gesproken betekent dit dat binnen het adviserend orgaan dure artsen om juridische redenen relatief eenvoudige adviseringswerkzaamheden op zich moeten nemen. Het aandragen van diagnose en prognose vanuit de curatieve sector, bijvoorbeeld door de huisarts, brengt met zich mee dat de paramedici doorgaans de advisering zelfstandig kunnen afronden. Overigens blijft in complexere gevallen de mogelijkheid tot consultatie van een so-

ciaal-geneeskundige binnen het team van adviseurs nuttig en noodzakelijk. Argumenten tégen een beslissing om huisartsen de start te laten zijn van de adviesaanvraag zijn er natuurlijk ook. Voor de huisarts zelf geldt dat, aangezien hij of zij geen zeggenschap heeft over de indicatiestelling zelf, hij in potentie problemen kan krijgen in de relatie met zijn patiënt. Ook binnen de onafhankelijke adviserende organen bestaat het besef dat de arts-patiëntrelatie voor de huisarts van zeer groot belang is. Van meet af aan zal aan de patiënt duidelijk moeten worden gemaakt dat de aangedragen informatie nooit de doorslag geeft voor een indicatie-

advies. Het indicatieadvies blijft de verantwoordelijkheid van de adviseur. De huisarts kan vanuit zijn rol als eerstelijns-geneeskundige door zijn gebrek aan onafhankelijkheid deze verantwoordelijkheid niet dragen.

Een ander nadeel van de verwijzing door huisartsen is gelegen in de financiële consequenties ervan. De huidige financieersstructuur betekent immers dat volgens de LHV-adviezen alle informatie die door de huisarts wordt verstrekt, apart zou moeten worden gehonoreerd. Voor gemeenten die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de WVG, en, in combinatie met andere gemeenten, organisatie en financiering van de indicatiestelling, is dit een groot probleem. De budgetten voor voorzieningen voor gehandicapten blijken her en der al tekort te schieten.⁴ Extra financiering van medische informatie door huisartsen zou per regio al gauw vele tonnen kosten. Een oplossing voor dit dilemma zou zijn om bij herziening van de honoreringsstructuur van de huisartsen de advisering ten aanzien van care in het 'verrichtingendeel' van het honorarium op te nemen.

Voor de huisartsen kunnen de grote belasting en de 'papierwinkel' die het verwijzen naar de zorgsector c.q. het verstrekken van medische informatie met zich meebrengt, een grote belasting vormen, en dat juist in een tijd dat er veel en hoge eisen worden gesteld aan de praktijkvoering van de huisarts.

De pro's en contra's overziend, is het onze overtuiging dat het goed is de huisarts meer dan nu het geval is verwijzer en informatieverstrekker te laten worden in de care-sector. Wij achten het wenselijk dat er in enkele regio's met de huisarts als poortwachter in de care-sector innovatieve en goed geëvalueerde experimenten worden uitgevoerd. •

drs. J. W. van Oven,
sociaal-geriater GGD/Centraal Meldpunt
Zorg Groningen

prof. dr. B. Meyboom-de Jong,
hoogleraar huisarts geneeskunde Rijksuni-
versiteit Groningen



Foto: Loek Zuyderduin

Literatuur

1. Friele RD, Andela M. Consumenten over de huisarts als wachter voor de poorten tot de specialistische zorg. *Medisch Contact* 1997; 52 (41): 1275-7.
2. Persoonlijke mededeling. RHV-Groningen. Nascholing Schiermonnikoog, juni 1997.
3. a. Beleidsbrief Indicatiestelling in de care-sectoren. Brief staatssecretaris aan de Tweede Kamer, 12 februari 1996.
b. Algemene Maatregel van Bestuur. Zorgindicatie besluit 2, oktober 1997.
4. Evaluatierapport WVG in opdracht van VWS/Sociale Zaken. Den Haag: VUGA uitgeverij, 1997.



BOEKEN

Beknopt signalement van opmerkelijke en spraakmakende nieuwe boeken.

Orgaandonatie en lichamelijke integriteit

Een analyse van christelijke, liberale en islamitische interpretaties

Hoewel de meeste Nederlanders positief staan tegenover orgaandonatie, is slechts een minderheid bereid daadwerkelijk een donorcodicil te dragen.

Hub Zwart en Cor Hoffer gaan na in hoeverre er inhoudelijke en levensbeschouwelijke redenen zijn die het donorschap in de weg staan.

Damon, 175 blz., f29,90.

Sexually Transmitted Infections and Genitoanal Dermatoses

Diagnosis and Therapy

Honderden teksten en meer dan honderd afbeeldingen voor specialisten, huisartsen en studenten op CD-Rom. Diverse indexen. Van elke aandoening worden classificatie, epidemiologie, klinische verschijnselen en symptomen gegeven, ondersteund door een groot aantal klinische afbeeldingen, tabellen en figuren.

Lasion, MS Windows 3.1 of hoger, min. 8 MB Ram, kleurenmonitor, f199,00.

1 (1) *Differentiële diagnostiek in de interne geneeskunde.*

W.D. Reitsma, J.W.F. Elte en D. Overbosch (red). Bohn Stafleu Van Loghum, 2e druk, f117,75. Studietoek.

2 (4) *Codex Medicus.*

E. Eyskens e.a. (red). 10e druk, Elsevier. f198,00. Beknopt naslagwerk.

3 (2) *Op het scherp van de snede - goed en kwaad in de geneeskunst.*

H. Dupuis. Balans. f39,50. Essays.

4 (5) *A.D.A.M. Practice Practical.*

A.D.A.M. Software, CD-Rom. f149,95. Anatomieatlas.

5 (-) *Mechanisms of Disease.*

S. Tomlinson, ed. Cambridge University Press. f77,55. Inleiding klinische praktijk.

6 (-) *De kliniek.*

Samuel Shem. Van Ditmar. f39,95. Roman rondom psychiatrische kliniek.

7 (3) *Conn's Current Therapy.*

Robert E. Rakel. W.B. Saunders. f153,95. Studietoek.

8 (6) *Spoedeisende geneeskunde voor de huisarts.*

J.N. Keeman en E. Schade. Bohn Stafleu van Loghum. f195,00. Studietoek.

9 (-) *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present.*

Roy Porter. HarperCollins. f99,45. Panoramisch overzichtswerk.

10 (8) *Vrijend virus. Over de aard en oorsprong van het aidsvirus.*

Jaap Goudsmit. Contact. f49,90. Essay.

De boekentoptien en het signalement worden samengesteld door Scheltema, Amsterdam, en zijn gebaseerd op gegevens verstrekt door de Boekhandels Groep Nederland. Prijzen onder voorbehoud.

Synopsis of Psychiatry

Nieuwe uitgave van een van de klassieke studietitels binnen de psychiatrie: de achtste editie van Kaplan en Sadocks Synopsis of Psychiatry. Het hoofdstuk 'Brain & Behavior' is geheel herschreven, verschillende hoofdstukken werden nieuw toegevoegd en het hele werk is ingericht conform ICD-10.

Williams & Wilkins, 1.401 blz., f192,90.

Kinderverpleegkunde

Een leerboek voor de specialistische opleiding

Onlangs verschenen, licht gewijzigde vijfde druk van een van de standaardwerken binnen de pediatrie opleiding, bestemd voor de verpleegkundige die zich op dit gebied wil specialiseren.

Redactie: P.W.F.M. Majoor, M. Leyten, A.A.M. Poorthuis-Bisschop en I. Hiemstra.

Elsevier/Bunge, 406 blz., f99,50.

RECENSIE

Monique Pauline l'Hoir. Cot death. Risk factors and prevention in the Netherlands in 1995-1996.

Academisch Proefschrift Utrecht, 1998. 201 blz. ISBN 90-393-1775-5.

O MSTREEKS 1970 bedroeg de sterfte aan wiegendood in ons land ongeveer 0,42 per 1.000 levendgeborenen. In de jaren zeventig liep dit cijfer plotseling op tot ongeveer 1,2 per 1.000 geboorten. In 1987 postuleerde de Amsterdamse (VU-)hoogleraar kindergeneeskunde De Jonge een verband tussen buikligging en wiegendood. De Nationale Kruisvereniging besloot hierop onmiddellijk de aangesloten organisaties te adviseren de buikligging te ontraden. Vanaf dit moment daalde wiegendood gestaag tot 0,26 per 1.000 levendgeborenen in 1995. Niettemin maakt wiegendood met 17% nog steeds een substantieel deel uit van de postneonatale sterfte. Het probleem dat de term 'wiegendood' betrekking heeft op een verschijnsel en niets zegt over een daarachter liggend pathofysiologisch proces, blijft daarom ouders, artsen en onderzoekers bezighouden.

In het kader van de European Concerted Action on SIDS (ECAS) onderzocht een

groep uit het Utrechtse Wilhelmina Kinderziekenhuis de risico- en preventieve factoren van plotseling onverklaard overlijden in ons land. Via een landelijk meldpunt werd een systeem opgezet waardoor systematisch gegevens konden verkregen van de ouders en de behandelende artsen. Indien enigszins mogelijk, werd volledig postmortaal onderzoek verricht; als voor autopsie geen toestemming kon worden verkregen, werden zoveel mogelijk gegevens op andere wijze verzameld. Van de 105 aangemelde kinderen vielen 6 kinderen buiten het onderzoek vanwege de exclusiecriteria en 11 vanwege weigering deel te nemen. Drie patholoog-anatomen bestudeerden de voorhanden zijnde gegevens en deelden de kinderen vervolgens in in SIDS, borderline SIDS (wel enkele afwijkingen, maar niet voldoende om daarmee het overlijden te verklaren) en verklaarde gevallen. Van de 88 kinderen werden er 14 uitgesloten omdat uit het postmortaal onderzoek bleek dat er sprake was geweest van ernstige pathologie. Uiteindelijk werden bij het onderzoek 73 overleden kinderen en - als controle - 146 in leven gebleven kinderen betrokken.

Voor een groot aantal factoren zijn de

odds ratio en betrouwbaarheidsintervallen berekend. Hoewel de wiegendood-incidentie in ons land laag is en de adviezen in verband met de ligging in 93 procent worden opgevolgd, is buikligging nog steeds de belangrijkste risicofactor, direct gevolgd door de zijligging. Het inzicht in de betekenis van de ligging kon worden verdiept door te letten op factoren als het op de buik gaan draaien door het kind zelf, de ervaring van het kind met buikligging, de mate dat kinderen hun ligging veranderen, de mate van onrust in de nacht voor het overlijden en de pariteit van de moeder. Zo bleken 11 van de 12 kinderen die met mond en neus naar beneden werden aangetroffen te behoren tot de 'onervaren buikliggers'. Daarnaast is gevonden dat trappelzak en fopspeen het risico verlagen en dat dekbed en dik beddengoed het risico verhogen. Uitvoerig is ook gekeken naar de aan de ouders gebonden risicofactoren, zoals de leeftijd van de moeder, het rookgedrag, het al dan niet geven van borstvoeding en sociaal-economische status. De bevindingen worden bediscussieerd en vergeleken met elders gepubliceerde gegevens.

Een apart hoofdstuk is gewijd aan de verschillen tussen de overleden kinderen bij wie een volledig postmortaal onderzoek kon worden gedaan en die door de patholoog-anatomen werden gecategoriseerd in SIDS, borderline SIDS en verklaarde gevallen.

Tenslotte is retrospectief gelet op de wijze waarop ouders met kinderen zijn omgegaan die na het overleden kind zijn geboren; hierbij ging het vooral om het al dan niet geruststellende effect van screening van het kind en het gebruik van een cardio-respiratoire monitor.

Het proefschrift wordt afgesloten met zeventien concrete adviezen.

De Utrechtse groep heeft door haar grondige aanpak uit de mogelijkheden gehaald wat er in zat en daardoor het inzicht in de achtergronden van wiegendood vergroot. Ze heeft laten zien dat het in principe mogelijk moet zijn om de incidentie van wiegendood nog verder terug te dringen, als er meer wordt gedaan aan voorlichting over ligging, bedje en beddengoed, gebruik van de fopspeen, borstvoeding en roken.

De toegankelijkheid van het boek, waarvan de kern bestaat uit los van elkaar staande artikelen, had wellicht kunnen worden vergroot door in het inleidend hoofdstuk aandacht te geven aan de structuur van het onderzoek en het onderzoeksverslag. Maar dat is dan ook de enige kritiek die ik heb op dit zeer verdienstelijke werk. •

Cor Spreeuwenberg

C.M.P.M. Hertogh. Functionele geriatrie. Probleemgerichte zorg voor chronisch zieke ouderen.

Maarssen: Elsevier/de Tijdstroom, 1997. 292 blz. ISBN 90-3521898-1. Prijs f 39,90.

DIT BOEK gaat over de methode van de verpleeghuisgeneeskunde, dat wil zeggen de probleemgeoriënteerde aanpak in een multidisciplinaire setting. Hoofdstukken zijn onder meer gewijd aan probleemgerichte diagnostiek, het zorgplan, multidisciplinair werken en het model van de praktijkorganisatie. De werkwijze van de verpleeghuisarts wordt verantwoord en in algemene termen beschreven.

De lezer krijgt echter geen duidelijk beeld hoe het in de praktijk toegaat. Er wordt bijvoorbeeld een consequente benadering geadviseerd, maar worden de voorwaarden en valkuilen voor een dergelijke aanpak door een multidisciplinair team niet systematisch behandeld. Ook hadden wij graag kennisgenomen van de systematische aanpak van typisch geriatrische problemen als incontinentie, frequent vallen, decubitus en gedragsstoornissen, en van de aanpak van belangrijke issues in het verpleeghuis als reanimatie, sondevoeding, ziekenhuisopnamen en euthanasie.

Het meest praktische hoofdstuk van het boek is gewijd aan het onderzoek van de patiënt. Slechts weinig artsen zullen de verpleeghuisarts evenaren in het hierin beschreven somatische, psychische en functionele onderzoek van de patiënt.

De auteur heeft gekozen voor een tamelijk provocerende titel. 'Functionele geriatrie' is immers een pleonasme. De auteur geeft dit toe, maar hanteert deze titel doelbewust om de verpleeghuisgeneeskunde te onderscheiden van de klinische geriatrie. Dit doet mijns inziens de beoefenaren van de laatste discipline tekort.

Het boek is een eerste poging om de verpleeghuisgeneeskunde te beschrijven, en dan nog vooral een poging om de verpleeghuisgeneeskunde te verantwoorden. •

M.F.P. van der Poel, internist geriatrie



**ARTSEN
OP HET
INTERNET**

Is er een dokter op het net?

De proef met een eerste digitale therapie van de Universiteit van Amsterdam, Interapie, heeft tot opzienbarende resultaten geleid. Bij 90 procent van de (21) deelnemers zijn de traumatische klachten, volgens een beproefd protocol, spectaculair afgenomen, aldus initiatiefnemer dr. A. de Lange, bijzonder hoogleraar relatie- en gezinstherapie.

Interapie wordt ingezet bij niet al te ernstige trauma's als straatvrees, onslag-trauma's en onverwerkte rouwproblemen. De schrijfp opdrachten werden via het modem verzonden. Als een deelnemer niet wil dat huisgenoten meelesen, kan de tekst van de PC worden gehaald; op de beveiligde PC van de universiteit blijft een exemplaar bewaard. Telefonische hulp aan deelnemers hoefde nauwelijks gegeven te worden.

De proef is uitgevoerd in samenwerking met de bijna afgestudeerde IJslandse psychologe L. Lydsdottir. Deze IJslandse inbreng is niet geheel verwonderlijk: in IJsland zit bijna iedereen op Internet. Het project gaat dus in ieder geval naar IJsland. Vanuit Brazilië, Italië, India en Duitsland is ook al belangstelling getoond voor deze digitale therapie.

Maximaal zestig deelnemers kunnen zich deze weken aanmelden en meedoen aan de gratis therapie. Het adres: www.psy.uva/interapie

Net zo makkelijk

Een tip opgemerkt door een van de bezoekers aan Artsennet:

'Bij het starten van Internet op je computer maak je verbinding met je provider. Na het invoeren van je gebruikersnaam en wachtwoord start de browser of het e-mailprogramma en kan er worden gesurfd of gemailld. Als je hiermee klaar bent, sluit je je browser af. In sommige programma's wordt dan niet meer gevraagd of je de verbinding wilt verbreken. Dit betekent dan dat de verbinding met je provider via het modem nog openstaat. Zonde, natuurlijk, want dit kost telefoontikken terwijl je er geen gebruik van maakt.

'Wat te doen:

'Rechts onderin de taakbalk op het scherm zie je een klein pictogram met twee computerschermen. Als die nog zichtbaar zijn, al dan niet blinkend, dan betekent dat dat er nog steeds verbinding is met de provider. Na het aanklikken van het icoontje verschijnt het venster waarop je aangeeft de verbinding te verbreken.' •

De beroepsprocedure is er niet voor niets

IN ONDERSTAANDE zaak staat centraal het handelen van een anesthesioloog die de behandeling van een multiple-sclerosepatiënt overneemt van een ziek geworden collega. De behandeling vindt plaats in het kader van een trial (echter niet in het primaire onderzoeksziekenhuis) en behelst, samengevat, het via een geïmplanteerde pomp toedienen van Baclofen. Daarmee waren vele kortdurende ziekenhuisopnames vanwege evenzovele complicaties gemoeid. De aangeklaagde anesthesioloog zou een ingewikkelde behandeling inadequaat hebben voorbereid, onzorgvuldig hebben uitgevoerd en onvoldoende hebben gedocumenteerd, complicaties te laat hebben onderkend, de huisarts ontoereikend hebben ingelicht en de patiënt te weinig hebben bezocht. De *overall*-beslissing van het college in eerste aanleg werd met wijziging van gronden bevestigd door het Centraal Medisch Tuchtcollege. De zaak bevat verschillende potentiële leerpunten. Zo wijst het college erop dat het van bui-

tengewoon groot belang is dat trials die niet in het primair onderzoeksziekenhuis plaatsvinden met extra waarborgen voor de zorgvuldige behandeling en begeleiding worden omgeven. Is het wel juist dat waarborgen die ten principale aan de orde behoren te zijn bij trials niet van dien aard zijn, dan wel dienen te zijn, dat van 'extra' waarborgen in situaties als de onderhavige nauwelijks kan worden gesproken, maar dat het meer aankomt op een aanscherping van reeds getroffen waarborgen? De plicht (als voorbeeld) tot een adequate en ordentelijke dossiervoering - waarvan nakoming in casu ontbrak - is niet uniek voor gangbare behandelingen, laat staan voor trials.

Voorts overweegt het college dat de arts in deze zaak extra alert had moeten zijn op complicaties door zich, anders dan om de drie dagen, frequent op de hoogte te stellen en daarbij de notities in de verpleegkundige status goed in zich op te nemen. De behandeling van complicaties, zoals in dit geval een trombosebeen, had dan eerder kunnen worden gestart.

Het feit dat de anesthesioloog, als hoofdbehandelaar, de behandeling van de uiteindelijk in consult geroepen internist niet aan de huisarts meldt, wordt hem ook aangerekend: de hoofdbehandelaar blijft eindverantwoordelijk voor de berichtgeving aan de huisarts. Over de snelheid van die berichtgeving spreekt het college zich ook ondubbelzinnig uit: de huisarts had terstond bij ontslag moeten worden ingelicht, gezien de onverwachte complicaties in het ziekenhuis; een periode van vijftien dagen tussen ontslag en verzending van de ontslagbrief bij een dergelijke patiënt wordt als onaanvaardbaar lang beoordeeld.

Ten slotte is het leerzaam om de verschillen in beoordeling tussen de twee tuchtcolleges, met name medisch-inhoudelijk, naast elkaar te leggen. De beroepsprocedure is er dus niet voor niets, al maakte het voor deze arts uiteindelijk niet veel uit.

*B.V.M. Crul, huisarts
mr. W.P. Rijkse*

Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege d.d. 5 maart 1998

Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft het navolgende overwogen en beslist op het door A, anesthesioloog, wonende te B, appellant, nader te noemen: de arts, ingestelde hoger beroep van de beslissing van het College voor Medisch Tucht recht te Eindhoven van 4 december 1995, waarbij hem op de klacht van D, wonende te E, oorspronkelijk klager, de maatregel van berisping is opgelegd.

1. Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft kennisgenomen van de stukken van eerste aanleg, waaronder het proces-verbaal van het verhandelde ter zitting in eerste aanleg en van de beslissing waarvan beroep. Voorts heeft het Centraal College kennis genomen van het beroepschrift d.d. 10 januari 1996, ingediend namens de arts

door F, advocaat te G, ingekomen op 11 januari 1996; het aanvullend beroepschrift d.d. 2 april 1996, en van het verweerschrift in hoger beroep d.d. 13 juni 1996, namens klager ingediend door mr. H, advocaat te G, en van een brief met bijlagen van mr. I, advocaat te G, d.d. 11 september 1997.

2. De zaak is in hoger beroep behandeld ter terechtzitting van het Centraal College van 10 april 1997. Aldaar zijn verschenen de arts, bijgestaan door mr. I voornoemd, en klager, bijgestaan door mr. J, advocaat te K. Tevens is verschenen en gehoord de door het Centraal College opgeroepen getuige L, neuroloog te M.

Van het verhandelde is proces-verbaal opgesteld.

3. Het beroep is tijdig ingesteld.

4. Na het horen van voornoemde getuige L heeft de voorzitter in verband met het gevorderde tijdstip in overleg met de raadslieden van partijen het onderzoek ter terechtzitting geschorst en heeft het Centraal College vervolgens bij tussenbeslissing van 10 april 1997 bepaald dat de voortzetting van de behandeling zal plaatsvinden op een nader te bepalen datum en uur.

5. De behandeling van de zaak in hoger beroep is voortgezet ter terechtzitting van het Centraal College van 18 september 1997. Aldaar zijn wederom verschenen klager en de arts, bijgestaan door hun bovenvermelde raadslieden.

6. De volgende - genoegzaam vaststaande - feiten en omstandigheden hebben

aanleiding gegeven tot het indienen van de klacht:

Klager, geboren in 1951 en sedert circa 1980 lijdende aan multiple sclerose, is tengevolge van een zich geleidelijk ontwikkelende ernstig spastische tetraparese in zeer sterke mate geïnvaleerd geraakt. Omdat behandelingen met spasmolytica slechts een matig effect hadden, is in maart 1993 door het ziekenhuis C te G, waar klager werd behandeld, besloten tot een proefbehandeling met intratheaal toe te dienen Baclofen. Deze behandeling had een zeer goed resultaat, waarna de behandelend neuroloog in overleg met de anesthesioloog te G heeft besloten een subcutane pomp te implanteren voor intrathecale toediening van Baclofen.

Toen de ziektekostenverzekeraar van klager niet bereid bleek de hoge aanschafkosten voor een dergelijke pomp voor zijn rekening te nemen, heeft klager door bemiddeling van de Multiple Sclerose Vereniging deelgenomen aan een door de vakgroep Neurologie van de Universiteit te Groningen geleide trial betreffende de intrathecale Baclofen-behandeling van patiënten met een ernstige therapieresistente spasticiteit. Een associé van de arts, de anesthesioloog P, evenals de arts werkzaam in het ziekenhuis N te O, die voordien als staflid werkzaam was geweest in het academisch ziekenhuis te Q, nam deel aan deze trial en kon beschikken over een subcutane pomp voor continue intrathecale toediening van Baclofen. Klager is voor het implanteren van een subcutane pomp en voor de behandeling met Baclofen in het ziekenhuis N opgenomen op 23 november 1993, waarna op 24 november 1993 door de associé van de arts een getunnelde intrathecale katheter is geplaatst, waarna liquorlekkage is opgetreden en de katheter weer werd verwijderd. De arts was bij deze opname niet betrokken. Enige dagen nadien is de associé van de arts ziek geworden. In overleg met zijn associé heeft de arts vervolgens diens taak in het kader van de trial overgenomen; klager stemde hiermee in.

Een tweede opname van klager vond plaats op 12 december 1993. Tijdens deze opname heeft de arts een begin gemaakt met de implantatie van het pompsysteem, hetgeen evenwel om technische redenen niet lukte; klager werd op 19 december 1993 ontslagen. Op 11 januari 1994 werd klager voor de derde maal opgenomen, waarna op 13 januari 1994 een spinale katheter werd ingebracht, het pompsysteem werd geïmplanteerd en de trialvloeistof conform het trialvoorschrift werd toegediend via de instelcomputer. Daarop deden zich op 15 januari 1994 complicaties voor in de vorm van een parese van de armen, een volledig verlies van de stabiliteit van de romp, spraakstoornissen, een bemoeilijkte ademhaling en problemen met de mictie. De instelcomputer, nodig voor het stopzetten en/of wijzigen van de toediening van de trialvloeistof door de geïm-

planteerde pomp bleek niet aanwezig. De arts heeft klager op diezelfde dag laten opnemen op de afdeling Intensive Care, waarna hij met een inmiddels via de leverancier van de pomp aangeleverde instelcomputer de instelling van de pomp heeft aangepast. Op 16 januari 1994 werd klager teruggeplaatst op een verpleegafdeling. Enige dagen later kreeg hij hoge koorts als gevolg van een urineweginfectie. Op 21 januari werd in overleg met de neuroloog uit Groningen de pomp stilgezet in verband met de te verwachten aanlevering van een nieuwe testvloeistof in een andere concentratie; deze nieuwe testvloeistof is op 28 januari 1994 toegediend. Vanaf 29 januari 1994 kreeg klager last van een gezwollen linkerbeen, -enkel en -voet. Enige tijd later trad oedeem op aan beide benen, vooral aan het linkerbeen. De arts meende dat er sprake was van hypoalbuminemie, die evenwel bij bloedonderzoek niet kon worden aangetoond. Inmiddels had zich een subcutane zwelling ontwikkeld op de rug van klager. Van 3 februari tot en met 6 februari 1994 verbleef klager thuis, waarna hij op 7 februari 1994 weer in het ziekenhuis werd opgenomen (vierde opname). De zwelling op de rug was nog steeds aanwezig evenals dikke enkels en benen, vooral links. Op 8 februari 1994 heeft de arts een echografisch onderzoek laten uitvoeren, waaruit bleek dat het pompsysteem en de katheter intact waren, waarna hij de diagnose heeft gesteld op een liquorpocket als gevolg van een retrograde lekkage van de liquor door een punctieplaats in de dura. In de daaropvolgende dagen voelde klager dat de dosering van de infuusvloeistof nog te hoog was. Hij heeft daarop telefonisch contact opgenomen met de begeleidend neuroloog uit Q, die op zijn beurt overleg had met de arts, waarna deze op 11 februari 1994 de dosering opnieuw verlaagde. Klager heeft toen wederom gewezen op zijn gezwollen linkerbeen en aangedrongen op consultatie van een internist. Deze zag klager op 11 februari 1994 en liet echografisch onderzoek verrichten, waarvan de uitslag luidde dat zich een thrombus bevond in de kuitvenen van het linkerbeen. Aan klager werd door de internist aanvankelijk een behandeling gedurende vijf dagen met Heparine geadviseerd, doch uiteindelijk is in overleg met klager besloten Sintrom mitis voor te schrijven. Klager is op 13 februari 1994 ontslagen uit het ziekenhuis, waarna hij van 4 maart tot 17 maart 1994 opgenomen is geweest op de afdeling Neurologie van het academisch ziekenhuis Q voor protocollair onderzoek en voor een operatieve correctie van het kathetergedeelte.

7. De oorspronkelijke klacht omvat, zoals weergegeven in de bestreden beslissing en nader verwoord door de raadsman van klager in diens pleidooi ter zitting in hoger beroep, de volgende onderdelen:

a. De arts heeft een gecompliceerde behandeling bij een niet-acute patiënt op zich

genomen, terwijl hij de continuïteit in die behandeling bij zijn afwezigheid niet kon garanderen.

b. De arts had zich moeten vergewissen of de instelcomputer aanwezig was, voordat hij overging tot het implanteren van de pomp en het toedienen van de trialvloeistof.

c. De arts had een neuroloog in consult moeten roepen, toen er bij klager sprake bleek te zijn van zowel een Baclofen-intoxicatie als een exacerbatie van de multiple sclerose.

d. Ten aanzien van de subcutane zwelling op de rug van klager schoot de arts tekort in diagnostiek.

e. Ten aanzien van de behandeling van het trombosebeen had de arts veel eerder een internist in consult dienen te roepen.

f. De berichtgeving aan de huisarts van klager was ontoereikend.

g. De arts heeft klager tijdens diens opname in het ziekenhuis volstrekt onvolgende frequent bezocht.

8. Het college van eerste aanleg heeft de klacht gegrond bevonden, daartoe overwegende als volgt:

'Naar het oordeel van het college is verweerder op verschillende onderdelen van de behandeling van klager ernstig tekortgeschoten. Bij de aanvang van de tweede opname wist verweerder dat zijn associé, die aanvankelijk de begeleiding in het kader van de trial voor zijn rekening zou nemen, voor geruime tijd als gevolg van ziekte was uitgeschakeld. De twee andere leden van de maatschap hadden geen bijzondere deskundigheid op het gebied van pijnbestrijding. Zij hebben daarom, zoals blijkt uit de aantekeningen van de verpleging, toen zij tijdens afwezigheid van verweerder door klager te hulp werden geroepen, zich van ingrijpen in de behandeling moeten onthouden. Verweerder heeft derhalve een gecompliceerde behandeling bij een niet-acute patiënt op zich genomen, terwijl hij de continuïteit in die behandeling bij zijn afwezigheid niet kon garanderen.

'Ten aanzien van die behandeling zelf wijst het college erop dat verweerder zich ervan had moeten vergewissen of de instelcomputer die noodzakelijk aanwezig moest zijn om de hoeveelheid infuusvloeistof te doseren, aanwezig was. Verweerder had kunnen en moeten weten dat bij de tweede opname die computer, overigens zonder dat hem terzake een verwijt betreft, in het ziekenhuis N niet meer beschikbaar was. Verweerder had onder die omstandigheden met de behandeling geen aanvang mogen maken. Hij heeft dit niettemin toch gedaan, en mede daardoor is teweeggebracht dat bij klager een Baclofen-intoxicatie is opgetreden, als gevolg waarvan klager naar de afdeling Intensive Care is moeten worden overgebracht. Toen de leverancier van de infuuspomp daarvan op de hoogte werd gesteld, heeft deze er onmiddellijk voor zorggedragen dat aan klager een instelcomputer ter beschikking werd gesteld, maar het had op de weg

van verweerder gelegen om onmiddellijk na aanvang van de tweede opname initiatieven in die richting te ontwikkelen.

'Overigens heeft zich tijdens de tweede opname bij klager niet alleen een Baclofen-intoxicatie ontwikkeld, maar ook een exacerbatie van de multipale sclerose. Beide complicaties hadden verweerder aanleiding moeten geven een neuroloog in consult te roepen, maar hij heeft volstaan met telefonische consultatie van de neuroloog uit Q die de trial begeleidde. Het ging hier echter om een patiënt met een ernstige pathologie die niet op het terrein van verweerder lag. Het was dan ook aangewezen dat deze een neuroloog uit N consulteerde.

'Het college heeft ook kritiek op verweerder beleid ten aanzien van de behandeling van de subcutane zwelling in de rug van klager. Er waren bij hem vele puncties verricht en verweerder had hier een isotopenonderzoek moeten verrichten teneinde de lokalisatie en de intensiteit van de lekkage te kunnen vaststellen.

'Verweerder is ook tekortgeschoten in de behandeling van het trombosebeen van klager. Reeds op 29 januari wordt door de verpleging melding gemaakt van een gezwollen linkervoet en vrijwel dagelijks is in de aantekeningen van de verpleging een opmerking te vinden over gezwollen benen en enkels, met name links. In de zeer summier verslaglegging van verweerder zelf is hierover niets te vinden en hij heeft eerst tijdens de vierde opname op 11 februari een internist in consult geroepen. Naar het oordeel van het college betekent dit een ernstige tekortkoming in zorg.

'Dit tekort aan zorg heeft zich ook geuit in de berichtgeving aan de huisarts. Bij het ontslag op 3 februari was er sprake van een liquorpocket en gezwollen benen waarnaar onvoldoende onderzoek was verricht en die voor wat het linkerbeen betreft zeker aanleiding gaven tot de verdenking van een trombosebeen. Berichtgeving aan de huisarts heeft bij dit ontslag op 3 februari 1994 echter in het geheel niet plaatsgevonden. Bij het ontslag op 13 februari, toen er ook nog sprake was van die liquorpocket en toen inmiddels was vastgesteld dat klager leed aan een trombosebeen, waarvoor hij behandeld werd met Sintrom mitis, heeft ook geen telefonische berichtgeving aan de huisarts plaatsgevonden, maar is eerst een ontslagbrief uitgegaan op 28 februari 1994, in welke ontslagbrief het trombosebeen en de sintrom-mitis-medicatie in het geheel niet zijn vermeld. Verweerder zegt wel dat dit onderdeel van de berichtgeving behoorde tot de taak van de in consult geroepen internist, maar hij had in de ontslagbrief tenminste melding kunnen maken van het feit dat hij wegens de verdenking van een trombosebeen de internist in consult had geroepen. 'Verweerder gebrek aan zorg heeft zich ook geuit in de weinig frequente bezoeken aan klager. Deze is met name tijdens de derde opnameperiode als gevolg van de

toen opgetreden complicaties vaak ernstig ziek geweest, maar werd, hoewel klager daar blijkens de aantekeningen van de verpleging regelmatig om verzocht, door verweerder niet vaak bezocht. Verweerder zelf heeft ter zitting verklaard dat hij klager gemiddeld eenmaal per drie dagen bezocht. Dit stemt overeen met de aantekeningen van de verpleging, maar gezien de ernst van de toestand van klager is deze frequentie naar het oordeel van het college volstrekt onvoldoende en blijkt ook hieruit een ernstig tekortschieten in zorg.

'Het is niet gebleken dat verweerder bij het aanbrengen van de katheter en het implanteren van het pompsysteem enige fout heeft gemaakt. In zoverre is de klacht niet gegrond.

'Terzijde en buiten het bestek van de klacht merkt het college nog op, dat bij raadpleging van de status is gebleken dat de verslaglegging door verweerder van het verloop van de behandeling en de complicaties die zich daarbij hebben voorgedaan uiterst summier is geweest, zodat een beoordeling van het klinisch verloop aan de hand van de aantekeningen van verweerder in feite niet mogelijk is.

'De klacht is derhalve behoudens ten aanzien van het implanteren van het pompsysteem gegrond. Verweerder heeft door zijn handelen het vertrouwen in de stand der geneeskundigen in zo ernstige mate ondermijnd, dat hem de maatregel van berisping moet worden opgelegd.'

9. In hoger beroep heeft de arts een aantal grieven opgeworpen, welke in de volgorde van de onderdelen van de klacht zoals opgenomen in de bestreden beslissing en hierboven weergegeven - kort samengevat - het volgende behelzen:

Het college van eerste aanleg heeft ten aanzien van de continuïteit van de behandeling ten onrechte overwogen dat de arts deze niet kon garanderen, nu de anesthesioloog P op persoonlijke titel voor de trial was ingeschakeld en er dus kennelijk vanuit Q geen bezwaar tegen was dat er slechts één anesthesioloog beschikbaar was, terwijl de arts zelf ten tijde van de bemoeienis met klager in het ziekenhuis te allen tijde bereikbaar was.

Ten aanzien van de beschikbaarheid van de instelcomputer is het college van eerste aanleg er ten onrechte van uitgegaan dat deze geheel niet beschikbaar was. Deze was evenwel slechts zeer kort niet beschikbaar geweest, waarna de arts via de leverancier direct een nieuwe instelcomputer tot zijn beschikking had gekregen. Voor wat betreft de exacerbatie van de multiple sclerose heeft het college van eerste aanleg ten onrechte overwogen dat hiervan naast de Baclofen-intoxicatie sprake was. Dit is niet gebleken, terwijl de behandeling van een dergelijke intoxicatie op het terrein lag van de arts, die bovendien wel degelijk regelmatig contact had met de neuroloog uit Q.

Aangaande de subcutane zwelling heeft

het college van eerste aanleg ten onrechte kritiek op de behandeling daarvan gehad; een isotopenonderzoek was, anders dan door het college is overwogen, niet geïndiceerd.

Ook ten aanzien van de behandeling van het trombosebeen van klager en de berichtgeving daarover aan diens huisarts is de arts, anders dan door het college van eerste aanleg overwogen, niet tekortgeschoten. De arts heeft in tegenstelling tot het door het college van eerste aanleg overwogene, juist veel en extra aandacht aan klager gegeven. Aldus, kort zakelijk weergegeven, de grieven van de arts. Klager heeft verweer gevoerd.

10. Op het ingestelde beroep overweegt het Centraal College omtrent de onderdelen van de klacht in volgorde als boven vermeld als volgt:

ad a. Ter zitting in hoger beroep heeft de arts verklaard dat hij zich bevoegd en bekwaam achtte de behandeling van klager over te nemen van zijn ziek geworden collega P, zulks op grond van zijn ervaring met het implanteren van morfiepompen én omdat hij samen met zijn associé P vier patiënten met Baclofen had behandeld. Het academisch ziekenhuis Q heeft naar zijn zeggen ook geen bezwaren gemaakt tegen de overname van de behandeling. Blijkens de verklaring van de getuige L ter zitting van het Centraal College is er bij de overname van de behandeling door de arts overleg vanuit het ziekenhuis Q geweest, waarbij de arts heeft gezegd dat het overnemen van de behandeling van klager voor hem technisch gezien geen problemen opleverde. Naar het oordeel van het Centraal College kon de arts op grond van zijn ervaring in staat worden geacht tot overnemen van de behandeling van de arts P. Ten aanzien van de continuïteit van de behandeling heeft de arts aangevoerd dat hij voor beleidsproblemen constant bereikbaar was, zo nodig per semafoon, en dat in geval van acute problemen zijn collegae anesthesiologen in het ziekenhuis konden worden ingeschakeld.

Gevraagd naar de wijze van overleg met genoemde collegae, mede in verband met overdrachtsituaties, heeft de arts verklaard dat dit niet gestructureerd geschiedde; er werden geen notities van werkafspraken gemaakt en besprekingen vonden ad hoc plaats. Het Centraal College acht dit niet juist.

Het Centraal College is ook van oordeel dat de medische verslaglegging zoals deze uit de stukken is gebleken volstrekt onvoldoende is geweest. Vooral dit laatste acht het Centraal College een ernstige tekortkoming waardoor de continuïteit van de behandeling van de patiënt ernstig in gevaar kon worden gebracht. Gelet op de niet-gebruikelijke behandeling met de daarbij behorende extra zorg voor een behoorlijke overdracht en het feit dat de behandeling plaatsvond in het kader

van een wetenschappelijk onderzoek, had de arts zeker in het onderhavige geval dienen zorg te dragen voor een nauwkeurige verslaglegging en is hij op dit punt verwijtbaar tekortgeschoten.

ad b. Terzake van de instelcomputer heeft de arts verklaard dat op 13 januari 1994 bij de implantering van de Baclofen-pomp gebruik is gemaakt van de instelcomputer van mw. R, een verpleegkundige van de leverancier van de pomp. Volgens zijn verklaring heeft hij aangenomen dat op die datum ook de instelcomputer van het ziekenhuis aanwezig was, doch heeft hij dit niet geverifieerd. Vervolgens bleek deze computer op 15 januari 1994, toen de dosering van de infuusvloeistof moest worden aangepast, te zijn verdwenen. Mw. R heeft toen voor een instelcomputer gezorgd voor het aanpassen van de instelling van de pomp.

Naar het oordeel van het Centraal College is onvoldoende aannemelijk geworden dat de computer van het ziekenhuis, benodigd voor het instellen van de geïmplanteerde pomp reeds bij het implanteren aanwezig was en eerst op 15 januari 1994 was verdwenen. Nu bij de implantering blijkt de verklaring van de arts de instelcomputer van mw. R was gebruikt, had hij zich er toen in ieder geval van dienen te vergewissen of de eigen instelcomputer van het ziekenhuis ook aanwezig was.

ad c. Toen op 15 januari 1994 klager te heftig reageerde op de toegediende trialvloeistof, heeft de arts klager op diezelfde dag laten opnemen op de afdeling Intensive Care en telefonisch contact opgenomen met een neuroloog van het ziekenhuis Q, die adviseerde de pompsnelheid met 10% te verlagen. De arts achtte evenwel stilzetten van de pomp wenselijk, terwijl hij, blijkens zijn verklaring ter zitting, zo de situatie niet zou verbeteren de neuroloog in N zou raadplegen. In overleg met klager heeft de arts vervolgens de pompsnelheid met 50% verlaagd, waarna de intoxicatieverschijnselen bij klager afnamen, zodat er zijns inziens geen noodzaak meer was voor het consulteren van een neuroloog. Klager kon, na de nacht op de Intensive Care te hebben doorgebracht, de volgende dag naar een algemene afdeling worden teruggeplaatst.

Met de arts acht het Centraal College het aannemelijk dat een neuroloog in dit geval geen ander beleid zou hebben gevoerd, en dat de arts er in de gegeven omstandigheden van heeft kunnen afzien een neuroloog in consult te roepen, zulks los van de vraag of er al dan niet sprake was van een exacerbatie van de multiple sclerose.

ad d. Anders dan het college van eerste aanleg, is het Centraal College van oordeel dat de arts bij de diagnostiek betreffende de subcutane zwelling op de rug van klager heeft kunnen volstaan met het

laten uitvoeren van echografisch onderzoek. Isotopenonderzoek was in dat verband geen aangewezen onderzoek.

ad e. Terzake van de behandeling van het trombosebeen van klager is blijkens de stukken reeds op 29 januari 1994 door de verpleging een zwelling aan de linkervoet bij klager geconstateerd en wordt vervolgens in het verpleegkundig verslag vrijwel dagelijks melding gemaakt van gezwellen benen en enkels, met name links. Aangezien de beoordeling van de vraag of bij klager al dan niet sprake was van trombose buiten het vakgebied van de arts lag, had hij direct na het constateren van de zwelling een deskundige collega dienen te consulteren. Door dit eerst op 11 februari 1994 te doen is de arts verwijtbaar tekortgeschoten.

ad f. Ten aanzien van de berichtgeving aan de huisarts heeft de arts ter zitting in hoger beroep verklaard dat het achteraf bezien de voorkeur had verdiend als hij alerter was opgetreden en bij deze bijzondere patiënt diens huisarts telefonisch had geïnformeerd. Het Centraal College onderschrijft deze stelling en overweegt overigens nog het volgende:

Voor wat betreft het trombosebeen had naar zeggen van de arts de internist S de huisarts afzonderlijk bericht gezonden. Af-schrift hiervan ontbreekt evenwel in de medische verslaglegging. Naar het oordeel van het Centraal College had de arts reeds bij het (tijdelijke) vertrek uit het ziekenhuis van klager op 3 februari 1994 de huisarts dienen te informeren, om het hem mogelijk te maken de medische ondersteuning van klager tijdens diens verblijf thuis op zich te nemen. In elk geval had hij bij het ontslag van klager op 13 februari 1994 direct de huisarts dienen in te lichten en daarbij als hoofdbehandelaar melding moeten maken van het feit dat hij op verdenking van een trombosebeen de internist had geconsulteerd. Immers, het betrof hier een patiënt bij wiens behandeling een aantal onverwachte complicaties waren opgetreden, zodat hij extra zorg behoefde. Van een directe melding is geen sprake geweest.

Het feit dat de arts volgens zijn verklaring de ontslagbrief op 15 februari 1994 had gedictieerd - dat wil zeggen twee dagen na het ontslag van klager - ontsloeg hem niet van de verantwoordelijkheid voor de daadwerkelijke en directe verzending, nu de huisarts niet reeds telefonisch was geïnformeerd. Een periode van vijftien dagen tussen ontslag en verzending van de ontslagbrief acht het Centraal College bij een ernstig zorgbehoevende patiënt als klager in elk geval onaanvaardbaar lang.

Ook ten aanzien van de berichtgeving aan de huisarts is de arts derhalve verwijtbaar tekortgeschoten.

ad g. Met het college van eerste aanleg

is het Centraal College van oordeel dat de frequentie van de bezoeken van de arts aan klager, gelet op de ernst van diens toestand, volstrekt onvoldoende was. Derhalve is de arts ook op dit punt ernstig tekortgeschoten. Het ontgaat het Centraal College volkomen op grond waarvan de arts klager als 'veeleisend' meent te moeten kwalificeren.

Overigens zou het Centraal College, de gehele gang van zaken rond de behandeling van klager overziende, erop willen wijzen dat, indien, zoals in het onderhavige geval, wordt besloten een behandeling in het kader van een trial niet in het primaire onderzoeksziekenhuis te laten plaatsvinden, het van buitengewoon groot belang is dat het geheel met extra waarborgen voor de zorgvuldige behandeling en begeleiding wordt omgeven.

11. Gelet op het hiervoor overwogene, dient het beroep te worden verworpen en de beslissing waarvan beroep te worden bevestigd met wijziging van gronden.

12. Het Centraal College zal om redenen aan het algemeen belang ontleend deze beslissing publiceren als hierna bepaald.

13. Het Centraal College acht termen aanwezig voor het toekennen van een vergoeding tot een nader vast te stellen bijdrage uit 's Rijks kas in de voor klager uit de behandeling van de zaak in hoger beroep voortvloeiende kosten.

Rechtsdoende in hoger beroep:

*Verwerpt het beroep;
Bevestigt de beslissing waarvan beroep met wijziging van gronden;*

Bepaalt dat deze beslissing met inachtneming van het bepaalde in artikel 13b, eerste lid, van de Medische Tuchtwet zal worden bekendgemaakt door plaatsing in de Staatscourant en door toezending aan de redacties van Medisch Contact en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht met verzoek tot plaatsing;

Kent aan klager toe een door de voorzitter nader vast te stellen vergoeding uit 's Rijks kas van de voor hem uit de behandeling van de zaak in hoger beroep voortvloeiende kosten.

Aldus gegeven in Raadkamer door mr. C.L. de Vries Lentsch-Kostense, voorzitter; dr. J.J. Hamming, J.S. Pöhl, dr. A.P. Roodvoets, prof. dr. C.A.F. Tulleken, leden-geneeskundigen; in tegenwoordigheid van mr. H.J. Walter-Ebbenhout, secretaris; en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 5 maart 1998 door mr. I.P. Michiels van Kessenich-Hoogendam in tegenwoordigheid van de secretaris. •

Salarisrichtlijnen per 1 juli 1998

L A D

Voorwoord

Per 1 juli 1998 zijn de bedragen van de salarisrichtlijnen niet-CAO-inkomens aangepast overeenkomstig de consumenten-prijsindex (reeks werknemerslaag, afgeleid) van het Centraal Bureau voor de Sta-

tistiek (CBS). Dit percentage bedraagt 0,9%.

De richtlijnen voor de zogeheten trendvolgers zijn met 3,6% aangepast, conform de afspraak die de CAO-partijen bij de CAO-Ziekenhuiswezen hebben gemaakt betreffende de aanpassing van de salarissen.

De richtlijnen voor de trendvolgers zijn op aanvraag beschikbaar.

Hiervoor kunnen instellingen en personen die deze richtlijnen gebruiken zich wenden tot het bureau der LAD, Postbus 20058, 3502 LB Utrecht, tel. 030 - 2823344, 2823348 of 030 - 2823352. •

BIJLAGE I - Richtlijnen met doorberekening prijscompensatie

HOOFDSTUK I

Categorie I	per 1.7.98	Categorie II	per 1.7.98
1e jaar.....f	5.866	1e jaar.....f	7.957
2e jaar.....f	6.238	2e jaar.....f	8.268
3e jaar.....f	6.616	3e jaar.....f	8.584
4e jaar.....f	6.975	4e jaar.....f	8.898
5e jaar.....f	7.311	5e jaar.....f	9.217
6e jaar.....f	7.647	6e jaar.....f	9.532
7e jaar.....f	7.957	7e jaar.....f	9.849
8e jaar.....f	8.268	8e jaar.....f	10.163
9e jaar.....f	8.584	9e jaar.....f	10.500
10e jaar.....f	8.898	10e jaar.....f	10.841
11e jaar.....f	9.217	11e jaar.....f	11.178
12e jaar.....f	9.532	12e jaar.....f	11.519
13e jaar.....f	9.849	13e jaar.....f	11.857
14e jaar.....f	10.163	14e jaar.....f	12.194

Categorie III	per 1.7.98	Categorie IV	per 1.7.98
1e jaar.....f	9.849	1e jaar.....f	11.857
2e jaar.....f	10.163	2e jaar.....f	12.194
3e jaar.....f	10.500	3e jaar.....f	12.673
4e jaar.....f	10.841	4e jaar.....f	13.119
5e jaar.....f	11.178	5e jaar.....f	13.639
6e jaar.....f	11.519	6e jaar.....f	14.115
7e jaar.....f	11.857	7e jaar.....f	14.600
8e jaar.....f	12.194	8e jaar.....f	15.081
9e jaar.....f	12.673	9e jaar.....f	15.545
10e jaar.....f	13.119	10e jaar.....f	16.013
11e jaar.....f	13.639	11e jaar.....f	16.472
12e jaar.....f	14.115	12e jaar.....f	16.935
13e jaar.....f	14.600	13e jaar.....f	17.396
14e jaar.....f	15.081	14e jaar.....f	17.865

HOOFDSTUK IV

<i>Punt 4.1.</i>		
Specialistentoelage:	per 1.7.98	n x f 520
<i>Punt 4.2.</i>		
Sociaal-geneeskundigentoelage:	per 1.7.98	2 x f 520
<i>Punt 4.3.</i>		
Huisartsentoelage:	per 1.7.98	1 x f 520

HOOFDSTUK VI

Vakantietoeslag en vakantiedagen

De vakantietoeslag welke de LAD adviseert is 8%, welk bedrag in de pensioengrondslag dient te worden opgenomen.

HOOFDSTUK VII

Punt 7.1. Beginnende artsen

Voor deze categorie geldt de volgende regeling: per 1.7.98

1e jaar	aanvang categorie I	f 5.866
2e jaar	3e jaar categorie I	f 6.616
3e jaar	5e jaar categorie I	f 7.311
4e jaar	aanvang categorie II	f 7.957
Vervolgens doorlopend in categorie II, totdat het maximum is bereikt.		

Punt 7.2. Assistent-geneeskundigen

per 1.7.98	opl. 4 jr	opl. 5 jr	opl. 6 jr
aanvangssalaris.....	f 6.245		
tweede jaar	f 6.492		
derde jaar	f 6.768		
vierde jaar	f 7.071	f 520	
vijfde jaar	f 7.374	f 520	f 520
zesde jaar	f 7.652		f 1.040
zevende jaar	f 7.927		
achtste jaar	f 8.209		
negende jaar	f 8.486		

HOOFDSTUK VIII

Punt 8.2. Vergoeding voor wachtdiensten

De vergoeding voor bereikbaarheidsdiensten wordt per 1 juli 1998:

- een bereikbaarheidstoelage voor elke werkdag van f 58 voor ma. t/m vr. van 18.00 tot 08.00 uur de volgende morgen;
- een bereikbaarheidstoelage voor de za. en zo. elk van ... f 80; deze dienst loopt van za. 08.00 uur t/m ma. 08.00 uur.

HOOFDSTUK X

Uurtarief

Het uurtarief is per 1 juli 1998 als volgt:

- voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in categorie I f 88
- voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in categorie II f 108
- voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in categorie III en IV f 162

BIJLAGE II - Richtlijnen rekening houdend met arbeidstijdverkorting

De prijscompensatie die ingeleverd is in ruil voor arbeidsduurverkorting was van 1 januari 1983 tot 1 juli 1986 8,33%.
Het aantal equivalente vrije dagen was daarbij 22 dagen:

per 1 januari 1983	2,06%	5 dagen	per 1 januari 1985	1,44%	4 dagen (afgerond)
per 1 juli 1983	0,44%	1 dag	per 1 juli 1985	1,26%	3 dagen
per 1 januari 1984	1,92%	5 dagen	per 1 januari 1986	0,91%	2 dagen
per 1 juli 1984	0,08%	2 dagen	per 1 juli 1986	0,08%	-

HOOFDSTUK I

Categorie I	per 1.7.98	Categorie II	per 1.7.98
1e jaar.....f	5.376	1e jaar.....f	7.337
2e jaar.....f	5.718	2e jaar.....f	7.620
3e jaar.....f	6.060	3e jaar.....f	7.910
4e jaar.....f	6.403	4e jaar.....f	8.199
5e jaar.....f	6.740	5e jaar.....f	8.491
6e jaar.....f	7.053	6e jaar.....f	8.779
7e jaar.....f	7.337	7e jaar.....f	9.068
8e jaar.....f	7.620	8e jaar.....f	9.357
9e jaar.....f	7.910	9e jaar.....f	9.667
10e jaar.....f	8.199	10e jaar.....f	9.979
11e jaar.....f	8.491	11e jaar.....f	10.286
12e jaar.....f	8.779	12e jaar.....f	10.601
13e jaar.....f	9.068	13e jaar.....f	10.908
14e jaar.....f	9.357	14e jaar.....f	11.218
Categorie III	per 1.7.98	Categorie IV	per 1.7.98
1e jaar.....f	9.068	1e jaar.....f	10.908
2e jaar.....f	9.357	2e jaar.....f	11.218
3e jaar.....f	9.667	3e jaar.....f	11.658
4e jaar.....f	9.979	4e jaar.....f	12.100
5e jaar.....f	10.286	5e jaar.....f	12.538
6e jaar.....f	10.601	6e jaar.....f	12.979
7e jaar.....f	10.908	7e jaar.....f	13.421
8e jaar.....f	11.218	8e jaar.....f	13.862
9e jaar.....f	11.658	9e jaar.....f	14.287
10e jaar.....f	12.100	10e jaar.....f	14.714
11e jaar.....f	12.538	11e jaar.....f	15.136
12e jaar.....f	12.979	12e jaar.....f	15.559
13e jaar.....f	13.421	13e jaar.....f	15.983
14e jaar.....f	13.862	14e jaar.....f	16.411

HOOFDSTUK IV

Punt 4.1.

Specialistentoelage: per 1.7.98 n x f 478

Punt 4.2.

Sociaal-geneeskundigentoelage: per 1.7.98 2 x f 478

Punt 4.3.

Huisartsentoelage: per 1.7.98 1 x f 478

HOOFDSTUK VI

Vakantietoelage en vakantiedagen

De vakantietoelage welke de LAD adviseert is 8%, welk bedrag in de pensioengrondslag dient te worden opgenomen.

HOOFDSTUK VII

Punt 7.1. Beginnende artsen

Voor deze categorie geldt de volgende regeling: per 1.7.98

1e jaar aanvang categorie I	f 5.376
2e jaar 3e jaar categorie I	f 6.060
3e jaar 5e jaar categorie I	f 6.740
4e jaar aanvang categorie II	f 7.337

Vervolgens doorlopend in categorie II, totdat het maximum is bereikt.

Punt 7.2. Assistent-geneeskundigen

per 1.7.98	opl. 4 jr	opl. 5 jr	opl. 6 jr
aanvangssalaris.....	f 5.718		
tweede jaar	f 5.946		
derde jaar	f 6.203		
vierde jaar	f 6.502	f 478	
vijfde jaar	f 6.799	f 478	f 478
zesde jaar	f 7.056		f 956
zevende jaar	f 7.306		
achtste jaar	f 7.562		
negende jaar	f 7.819		

HOOFDSTUK VIII

Punt 8.2. Vergoeding voor wachtdiensten

De vergoeding voor bereikbaarheidsdiensten wordt per 1 juli 1998:

- een bereikbaarheidstoelage voor elke werkdag van f 53 voor ma. t/m vr. van 18.00 tot 08.00 uur de volgende morgen;
- een bereikbaarheidstoelage voor de za. en zo. elk van ... f 74; deze dienst loopt van za. 08.00 uur t/m ma. 08.00 uur.

HOOFDSTUK X

Uurtarief

Het uurtarief is per 1 juli 1998 als volgt:

- voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in categorie I f 82 |- voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in categorie II f 100 |- voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in categorie III en IV f 144 |

A G E N D A

AUGUSTUS

- 3-7 Nijmegen. European Bioethics Seminar 'Health care issues in pluralistic societies'. Inlichtingen: dr. B. Gordijn, vakgroep Ethiek, Filosofie en Geschiedenis van de Geneeskunde, tel. 024-3615320.
- 11-13 Amsterdam, RAI Congrescentrum. **Eerste internationale conferentie over de relatie milieu en gezondheid van kinderen**, georganiseerd door de Nederlandse Vereniging voor Medische Milieukunde (NVVM). Inlichtingen: Congressecretariaat, tel. 026-3773915.
- 25-28 Amsterdam, Schiphol Airport. **Wereldcongres Impotentie Onderzoek**. Inlichtingen: ISIR Congres Office, tel. 0343-443888.
- 28-29 Academisch Ziekenhuis Leiden. Cursus 'Praktische nefropathologie'. Bureau van de Boerhaave Commissie, tel. 071-5275296.

SEPTEMBER

- 4 Katholieke Universiteit Nijmegen. PAOG-Heyendaal-cursus 'Arbeidstoxicologie'. Bureau Post-academisch Onderwijs Geneeskunde, tel. 024-3617051.
- 9 Nijmegen. PAOG-Heyendaalcursus 'Capita Selecta uit de seksspecifieke huisartsgeneeskunde'. Bureau PAOG-Heyendaal, tel. 024-3540568.
- 11 Amsterdam, AMC. Symposium 'Medicatie en gedrag, bedoelde en onbedoelde effecten'. Doelgroep: psychologen, psychiaters, huisartsen, jeugdartsen, bedrijfsartsen, revalidatieartsen en overige geïnteresseerden. Inlichtingen: Nicolaes Tulp Instituut, tel. 020-5668585.
- 11 Academisch Ziekenhuis Leiden. Symposium 'Oogen orbita- tumoren', georganiseerd door het South West Cancer Center. Inlichtingen: tel. 010-4391861/363.
- 15 Amsterdam, AMC. Eeuweest Vrouwenkliniek AMC 'Mensen van morgen': symposium 'Help, de bloeddruk stijgt!'. Inlichtingen: mw. L. Schuitemaker, tel. 020-5663754.
- 15 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huisartsen. Cursus 'Somatisatie bij allochtonen', georganiseerd door de Commissie Artsencursus Rotterdam (CAR). Inlichtingen: 010-2200235.
- 16 Hilversum, Hotel Lapershoek. Congres 'De (onafhankelijke?) positie van de bedrijfsarts'. Doelgroep: bedrijfsartsen, betrokkenen binnen arbo-diensten, verzekeringsmaatschappijen, koepel-organen, werknemers- en werkgeversorganisaties en ministeries van VWS & SZW. Inlichtingen: NSC, drs. Nelleke Verdonk, tel. 010-2073312.
- 17 AZU, blauwe collegezaal. 'AZU-dag'. PAO-H, tel. 033-4229998.
- 17-18 Leiden, TNO Preventie en Gezondheid. Cursus bij- en nascholing 'Planning eigen werk en beheer'. Doelgroep: artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg. Inlichtingen: Secretariaat, mw. R.M. Moraal/mw. R.J. Lagendijk, tel. 071-5181720/5181710.
- 18 Amersfoort, de Eenhoorn. Symposium 'Oproepen of roept u maar', georganiseerd door de Stichting Ouder- en Kindzorg. Inlichtingen: Congresbureau I.I.T, tel. 0592-311914.
- 18 Utrecht, de Jaarbeurs. Symposium 'Ethiek in de GGZ'. Inlichtingen: Centrale Rino Groep, mw. J. den Drijver, tel. 030-2306110.
- 23 Enschede, de Vrijhof. Studiedag 'Hyper, hypo... hoezo? Dokter, peut, shrink, samen leggen we de link', georganiseerd door de Dr G.J. van Hoytema Stichting. Inlichtingen: Secretariaat, tel. 053-4892409.
- 24 Ede, de Reehorst. Symposium 'Anticonceptie in

Nederland anno 1998'. Inlichtingen: Stichting Anticonceptie Nederland, tel. 0543-530927.

- 24 Leiden, laboratorium voor de Fysiologie. Cursus 'Vorderingen in de verpleeghuisgeneeskundige zorgpraktijk'. Doelgroep: verpleeghuisartsen, huisartsen (met name zij die actief zijn in verzorgingshuizen), klinisch geriaters en zij die daarvoor in opleiding zijn. Inlichtingen: Bureau van de Boerhaave Commissie, tel. 071-5275292.
- 24 Rotterdam, de Doelen. Congres 'De toekomst van de AWBZ'. Inlichtingen: NSC, tel. 010-2073333.
- 25 Maastricht, MECC. Conferentie 'Maastricht Travel & Tropical Medicine'. Inlichtingen: MTTM, tel. 043-3560726.
- 25 Katholieke Universiteit Nijmegen. PAOG-Heyendaal-cursus 'Verwijzen naar de IC'. Bureau Post-academisch Onderwijs Geneeskunde, tel. 024-3617051.
- 28-29 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huisartsen. Cursus 'Gynaecologie', bestemd voor huisartsen. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus (CAR), tel. 010-2200235.
- 30/9 - 1/10 Leiden, TNO Preventie en Gezondheid. Cursus bij- en nascholing 'Ontwikkelingen rondom doelgroep jeugd'. Doelgroep: artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg. Inlichtingen: Secretariaat, mw. R.M. Moraal/mw. R.J. Lagendijk, tel. 071-5181720/5181710.

OKTOBER

- 1 Amsterdam, AMC. Eeuweest Vrouwenkliniek AMC 'Mensen van morgen': symposium 25 jaar Afdeling Seksuologie 'Verleden, heden en toekomst van de Amsterdamse seksuologie'. Inlichtingen: mw. L. Schuitemaker, tel. 020-5663754.
- 1-2 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huisartsen. Cursus 'Cardiologie', bestemd voor huisartsen. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus (CAR), tel. 010-2200235.
- 2 Amsterdam, Vrije Universiteit. Symposium 'VU-vies op veroudering'. PAOG-VU, tel. 020-4448444.
- 2 Leiden, Collegezaal Fysiologie. Symposium 'Lepra, een belangrijke infectieziekte. De laatste stand van zaken'. Doelgroep: huisartsen, dermatologen, fysiotherapeuten, verpleegkundigen, epidemiologen, studenten en overige geïnteresseerden met belangstelling voor lepra. Inlichtingen: Boerhaave Commissie, tel. 071-5275290.
- 2 Enschede, de Vrijhof. Cursus 'Asymmetrie bij het kind, hoe te handelen, verwijstrajecten - multidisciplinaire aanpak'. Inlichtingen: dr G.J. Hoytema Stichting, secretariaat, tel. 053-4892409.
- 5-6 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huisartsen. Cursus 'Orthopedie', georganiseerd door de Commissie Artsencursus Rotterdam (CAR). Inlichtingen: 010-2200235.
- 5-6 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huisartsen. Cursus 'Gynaecologie', bestemd voor huisartsen. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus (CAR), tel. 010-2200235.
- 7 Zwolle, de Nieuwe Buitensociëteit. Interactieve workshop 'Diabeteszorg in de huisartspraktijk', bestemd voor huisartsen. Inlichtingen: Herbschleb & Siebos, tel. 033-4805709.
- 7 Utrecht, Jaarbeurs. 4e nationale manifestatie 'In beweging'. Doelgroep: werkers in de gezondheidszorg. Inlichtingen: NZI, Dienst Opleidingen en Congressen, tel. 030-2739293.
- 7-8 Katholieke Universiteit Nijmegen. Lustrumcongres Katholieke Universiteit Nijmegen 'Grenzeloze selectie' inlichtingen: Congresorganisatie KU Nijmegen, tel. 024-3615968.



Zie ook:

<http://www.knmg.nl/mc>